



Employeur: _____ N° d'affiliation: _____
Personne assurée: _____ N° d'assuré: _____

Avis de mutation personne assurée

(Veuillez remplir ce formulaire électroniquement ou lisiblement en caractères d'imprimerie et le signer)

Informations relatives à la personne

No ass. soc.: _____ Langue: D F I
Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: M F Date de naissance: _____
Etat civil: célibataire marié(e) Partenariat enregistré
 veuf/veuve divorcé(e) Partenariat dissous
Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: _____
Rue, no: _____
NPA: _____ Domicile: _____

Modification du salaire

Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____
Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____
Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____

Si le salarié est occupé par un employeur pendant moins d'une année, est considéré comme salaire annuel celui qu'il obtiendrait s'il était occupé toute l'année.

Modification d'autres données de prévoyance

Modification du degré AI _____ %
(veuillez joindre une copie de l'actuelle décision de l'AI) Valable à partir du: _____

Lieu Date Timbre et signature de l'employeur

Lieu Date Signature de la personne assurée