

Avis de mutation

Employeur		N° de contrat	
------------------	--	----------------------	--

Personne assurée			
	☐ Monsieur	☐ Madame	
Nom		Prénom	
N° d'assuré			

Modification			
Nouveau nom		N° d'assuré nouveau	
Nouvel état civil		depuis le	

Salaire			
Nouveau salaire annuel		depuis le	

Occupation à temps partiel			
Nouveau taux d'occupation à temps partiel		depuis le	

Catégorie / personnes assurées			
Nouvelle catégorie / nouvelles personnes assurées		depuis le	

Congé non payé			
Début		Fin	

Remarques			

Signature			
Lieu et date		Signature de l'employeur	