

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

Lieu et date

Signature de l'employeur