

Avis de congé sans solde

Employeur _____ Contrat n° _____

Données de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

Téléphone _____ Date de naissance _____

Congé sans solde (pendant 12 mois max.) Assurance suspendue ou Maintien de l'assurance-risques avec épargne sans épargne

valable à partir du (date) _____ valable jusqu'au (date) _____

Le règlement de prévoyance et d'organisation prévoit dans son art. 7 la réglementation suivante, si une personne assurée prend un congé sans solde pendant une durée déterminée:

- A défaut de réglementation contraire, le rapport de prévoyance est suspendu en cas de congé sans solde d'au moins un mois (y compris en cas d'interruptions saisonnières). Aucune cotisation n'est versée durant ce laps de temps, seuls les frais administratifs restent dus. Si un cas d'assurance survient durant la période d'exonération des cotisations, l'avoir de vieillesse accumulé est exigible sous forme de capital-décès en cas de décès, ou sous forme de capital d'invalidité, en cas d'invalidité. D'autres prestations ne sont pas assurées. Le rapport de prévoyance peut être suspendu pour 12 mois au maximum ; si passé ce délai, le travail n'est pas repris, le rapport de prévoyance est dissout à l'issue de cette période et la prestation de sortie est due.
- La personne assurée peut demander expressément et par écrit, avec l'accord de son entreprise, le maintien de l'assurance risque avec ou sans assurance épargne pendant la durée du congé sans solde, au maximum pendant 12 mois. Le cas échéant, l'entreprise transfère les cotisations nécessaires à la Fondation.
- Si la durée du congé sans solde est inférieure à un mois en continu, le rapport de prévoyance n'est pas suspendu et se poursuit par conséquent sans modification.

Confirmation

Veuillez nous **confirmer par écrit** la reprise du travail et la capacité totale de travail de la personne assurée à l'issue du congé sans solde.

Lieu/Date_____
Cachet/Signature de l'employeur

Par la présente je confirme (personne assurée) prendre un congé sans solde selon les indications ci-dessus et avoir pris connaissance de l'art. 7 du règlement de prévoyance et d'organisation. J'ai conscience qu'à défaut d'accord contraire avec l'employeur, je devrais payer l'intégralité des cotisations moi-même en cas de maintien de l'assurance.

Lieu/Date_____
Signature de la personne assurée