

Formulaire d'annonce d'un 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.)

Suspension de l'assurance **ou**

Maintien de l'assurance risque

avec épargne sans épargne

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

Si la personne assurée prend un congé sans solde pendant une durée déterminée, l'article 8 du règlement de prévoyance et d'organisation prévoit la réglementation suivante:

- A défaut de réglementation contraire, le rapport de prévoyance est suspendu en cas de congé sans solde d'une durée ininterrompue d'au moins un mois, y compris en cas d'interruptions saisonnières. Aucune cotisation n'est due 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.
- Au lieu des dispositions précédentes, la **personne assurée** peut demander expressément et par écrit, **avec l'accord de son entreprise**, le maintien de l'assurance risque avec ou sans épargne pendant la durée du congé sans solde, au maximum pendant 12 mois. Dans ce cas, 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** à la fin du congé sans solde, la reprise du travail et la pleine capacité de travail de la personne assurée.

Lieu/Date

Cachet/Signature de l'employeur

Je (personne assurée) confirme par la présente, que je vais prendre un congé sans solde conformément aux indications ci-dessus et avoir pris connaissance de l'article 8 du règlement de prévoyance et d'organisation. Je suis conscient qu'à défaut d'accord contraire avec l'employeur, je devrais payer la totalité des cotisations moi-même en cas de maintien de l'assurance.

Lieu/Date

Signature de la personne assurée