

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

Déclaration «Congé sans solde»

Société

Contrat n°

PERSONNE ASSURÉE

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

N° AVS

INFORMATIONS IMPORTANTES

- En cas de congé sans solde d'un mois maximum, l'assurance se poursuit de manière inchangée. Une déclaration n'est pas nécessaire.
- En cas de congé sans solde de plus d'un mois, l'assurance est automatiquement annulée. Pendant l'annulation, aucune cotisation n'est perçue et il n'y a pas de couverture d'assurance.
- Si la personne assurée souhaite le maintien de l'assurance pendant le congé sans solde de plus d'un mois, il convient de le déclarer à la fondation avant le début du congé sans solde au moyen du présent formulaire.
- En cas de maintien de l'assurance, la personne assurée doit prendre en charge la totalité des cotisations, l'employeur demeurant pendant le débiteur des cotisations envers la fondation.
- Le maintien de l'assurance pendant le congé sans solde est limité à un an. L'assurance est ensuite annulée et il n'y a pas de couverture.

DURÉE

Début

Fin

LA PERSONNE ASSURÉE SOUHAITE LE MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU LIEU DE SA SUSPENSION:

À hauteur des prestations assurées inchangées (épargne et risque)

Pour la durée du congé sans solde (au maximum pendant un an), l'assurance est maintenue comme jusque-là.

Des cotisations de risque, d'épargne et de frais sont perçues.

Uniquement à hauteur des prestations assurées inchangées pour les risques décès et invalidité (uniquement risque)

Pour la durée du congé sans solde (au maximum pendant un an), l'assurance est maintenue seulement à hauteur des prestations assurées inchangées pour les risques décès et invalidité. Le processus d'épargne est interrompu. Seules des cotisations de risque, d'épargne et de frais sont perçues.

Aucune couverture souhaitée pour la période correspondante.

Remarque importante: la variante choisie est appliquée à toutes les assurances de la personne assurée dans le cadre de la prévoyance professionnelle auprès d'Allianz Suisse.

Par leur signature, les soussignés déclarent avoir lu et compris les informations importantes sur le congé sans solde et confirment que les indications sont conformes à la vérité et complètes.

(Lieu et date)

(Signature de la personne assurée)

(Lieu et date)

(Timbre/signature de l'employeur)