



# Annonce de congé non payé

contrat n° /

**Employeur** Nom et localité

**Personne assurée**

Nom

Prénom

Numéro d'assuré

Date de naissance

Sexe

h

f

**Entière capacité de travail**

La personne assurée dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail sur le plan de sa santé?  Oui  Non (congé non payé impossible)

**Début/Fin**

Plus d'un mois  
24 mois au max.

**Début**  
(premier jour du congé non payé)

**Fin**  
(dernier jour du congé non payé)

**Variante 1 Maintien de la prévoyance aux mêmes conditions**

avec répartition des cotisations inchangée

avec nouvelle répartition des cotisations

Employé en %

Employeur en %

**Variante 2 Maintien de la couverture du risque (sans cotisations d'épargne)**

avec répartition des cotisations inchangée

avec nouvelle répartition des cotisations

Employé en %

Employeur en %

**Variante 3 Interruption de la couverture du risque (sans cotisations d'épargne)**

avec répartition inchangée de la cotisation pour le fonds de garantie LPP

avec nouvelle répartition des cotisations

Employé en %

Employeur en %

**Salaire annuel et taux d'occupation**

**Salaire annuel au terme du congé non payé**

inchangé, identique à celui versé avant le congé non payé

**Taux d'occupation au terme du congé non payé**

inchangé, identique à celui versé avant le congé non payé

Nouveau taux d'occupation

Nouveau salaire annuel (en CHF)

Valable à partir du

**Autres**

**Personne effectuant l'annonce pour le compte de l'employeur**

Date

Nom

Prénom

Adresse e-mail

À retourner à [formsservice.bvg@axa.ch](mailto:formsservice.bvg@axa.ch)

ou à:

AXA

Postfach 300

8401 Winterthur