

Congé sans solde

Veuillez noter que le choix de l'option souhaitée doit avoir lieu avant de prendre le congé sans solde.

1. Identité

Nom _____ Prénom _____
Rue _____ NPA, ville _____
Date de naiss. _____ N° SS 756._____._____._____
E-mail _____ N° d'assurance _____
N° de tél. _____

2. Remarques importantes

Lors d'un congé sans solde, l'assurance reste en vigueur de manière inchangée si les cotisations d'épargne et de risques sont versées dans leur intégralité pendant la durée du congé et dans la mesure où une assurance par convention est conclue.

Afin de conserver la protection de la couverture de prévoyance en cas de décès et d'invalidité au cours du congé sans solde, il est également possible de ne verser que les cotisations de risques.

3. Dates du congé sans solde

Le congé sans solde est pris du _____ au _____ .
Sa durée est limitée à 6 mois maximum.

4. Choix de l'assurance / option

- ☐ Choix de l'**assurance intégrale**
Pendant la durée du congé sans solde, l'assurance existante continue intégralement de couvrir. Pendant le congé sans solde, vous acquittez aussi bien les cotisations du salarié que celles de l'employeur (cotisations d'épargne et de risques). Il y a présence d'une **assurance par convention**.
- ☐ Choix de l'**assurance risques**
Au cours du congé sans solde, vous êtes couvert-e uniquement pour les risques décès et invalidité. Vous versez une cotisation risques. Il y a présence d'une **assurance par convention**.

5. Signature

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance du contenu de ce formulaire et des dispositions réglementaires.

Lieu et date _____ Signature: _____
(Personne assurée)

Lieu et date _____ Signature: _____
(Employeur)

Veuillez retourner le questionnaire rempli et signé par la poste ou par mail à l'adresse suivante:
Valora Pensionskasse, Hofackerstrasse 40, 4132 Muttenz ou pensionskasse@valora.com