AVENA
Fondation BCV 2e pilier

Congé non rémunéré

EMPLOYEUR

N° de contrat : .....

Raison sociale : .....

PERSONNE ASSURÉE

Nom : ..... Prénom : .....

N° AVS : ..756.. . ... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ lié(e) par partenariat enregistré ☐ divorcé(e)* ☐ veuf(ve)*

* s'applique par analogie à la personne liée par partenariat enregistré

Date de début du congé non rémunéré : ..... / ..... / ..... Date de fin du congé non rémunéré : ..... / ..... / .....

Période de cotisation durant l'année avant le congé non rémunéré du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Salaire déterminant versé durant la période : CHF .....

Taux d'activité avant le congé non rémunéré : .....%

Nouveau salaire annuel déterminant dès le retour du congé non rémunéré * : CHF .....

Nouveau taux d'activité dès le retour du congé non rémunéré * : .....%

* sans indication de l'employeur, le salaire effectif annoncé avant le congé non rémunéré est annualisé et pris en compte dès le retour du congé.

Choix de l'assuré concernant la couverture d'assurance pendant le congé non rémunéré :

☐ suspension de la couverture d'assurance

Durant la période du congé, les prestations prévues par le règlement en cas de décès ou d'invalidité ne sont pas octroyées, sauf si le sinistre a lieu pendant le premier mois du congé. En cas de sinistre survenant après, seule la prestation de libre passage à la date du début du congé est due.

☐ poursuite de la couverture épargne et risques, cotisations entièrement à la charge de la personne assurée

☐ poursuite de la couverture risques, cotisations entièrement à la charge de la personne assurée

L'assuré(e) doit s'acquitter d'une cotisation calculée sur la base du salaire assuré avant le congé non rémunéré, selon les taux de cotisations fixés pour l'épargne et les risques ou uniquement pour les risques, définis dans la convention d'adhésion. La cotisation sera versée à la Fondation uniquement par l'intermédiaire de l'employeur.

Date …….. Signature de la personne assurée .....

Lieu et date : **Timbre et signature de l'employeur :**

....

À RENVOYER À :

AVENA Fondation BCV 2e pilier
c/o Banque Cantonale Vaudoise
Case postale 300
1001 Lausanne