

## CONGE NON PAYE

### PERSONNE ASSUREE :

Nom : ..... Prénom : .....  
Matricule : ..... Date de naissance : .....  
No AVS : ..... Etat civil : .....  
Adresse : .....  
Code postal / Ville / Pays : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....  
Adresse e-mail : .....

Congé non payé du : ..... au ..... (maximum 12 mois)



Si l'assuré n'a pas de couverture LAA (assurance par convention auprès de la SUVA pendant 180 jours maximum ou complément à son assurance maladie), les prestations en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident correspondent au minimum LPP.

Pendant le congé non payé la couverture ci-dessous est souhaitée :

- Maintien de la même couverture (prévoyance retraite + risques invalidité et décès).
- La prévoyance retraite sera suspendue et la couverture des risques invalidité/décès sera maintenue.
- La prévoyance retraite et la couverture des risques seront suspendues. Pendant cette période, la personne assurée ne sera pas couverte, elle perd la qualité de salarié et a droit à la prestation de libre passage. Dès 30 jours après le début du congé non-payé, la prestation de libre passage peut être versée sur un compte de libre passage ouvert par l'assuré.

### Maintien de ma prévoyance auprès d'une Fondation de libre passage :

Nom de l'Institution de libre passage :

(joindre une copie de la demande d'ouverture du compte/de la police de libre passage)

.....  
.....

### DECLARATION

Je déclare ne pas exercer d'activité lucrative pendant mon congé.

Lieu et date : .....

Signature de l'assuré(e) : .....