

Demande d'interruption des cotisations

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles privées

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Téléphone _____ Courriel _____

Interruption des cotisations

En cas de congé non payé, de formation, de diminution de l'activité lucrative au point de ne plus remplir les conditions d'assujettissement au plan de prévoyance, l'assuré peut maintenir ou interrompre ses cotisations épargnes pendant une période maximale de deux ans.

Début de la période d'interruption : _____ / _____ / _____ (*début d'un mois seulement*)

Fin de la période d'interruption : _____ / _____ / _____ (*fin d'un mois seulement*)

Maintien des prestations complètes. Les cotisations risques, frais et épargne sont maintenus à 100% à charges de l'employé(e) (*choix destiné uniquement aux salariés ou aux indépendants en assurance externe*)

Maintien des prestations invalidité et décès. Les cotisations risques et frais sont maintenues

Jouissez-vous de votre pleine capacité de travail ?

oui non

Si non, l'incapacité de travail a débuté le :

_____ / _____ / _____

Signature(s)

Les personnes soussignées confirment l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur (*si salarié*)

