

---

## Demande pour le maintien de l'assurance

---

**A retourner dans les 30 jours dès la sortie  
avec le formulaire « versement de la prestation de libre passage »**

Nom, prénom ..... No AVS .....

Date de naissance ..... Employeur .....

Les conditions pour l'assurance obligatoire ne sont plus remplies mais mon contrat de travail n'a pas été interrompu et je suis toujours au bénéfice d'un salaire mensuel (joindre les justificatifs, copie du contrat de travail, décision de l'employeur, fiche salaire). A défaut de pièces justificatives, la confirmation de l'employeur est suffisante.

Pour l'employeur, personne responsable .....

Date, signature : .....

En outre je confirme que je ne suis/serai pas assuré auprès d'une autre caisse de pension pour la période durant laquelle je demande le maintien de l'assurance :

dès le ..... jusqu'au .....  
*(notez indéterminé si la date de fin est inconnue)*

Le maintien est possible pour une durée maximum d'une année. L'assuré peut demander une prolongation au moyen de ce formulaire tenant compte d'un préavis de 30 jours avant la date d'effet désirée. Au total, le maintien ne peut dépasser 2 ans. A défaut de demande de renouvellement et si les conditions d'assurance obligatoire ne sont toujours pas remplies, l'assurance prend fin et l'assuré a droit à une prestation de libre passage. Il en va de même si le rapport de travail prend fin durant la période de maintien. Il revient à l'assuré d'en aviser la caisse.

**Je choisis le maintien AVEC couverture risque**

L'assurance est maintenue pour les risques décès et invalidité. Votre capital de prévoyance demeure dans la Caisse et profite des intérêts réglementaires.

Je souscris au paiement de la prime de risque pour la durée du maintien (2.7% du dernier salaire assuré). Cette prime est déductible fiscalement.

**Je choisis le maintien SANS couverture risque**

L'assurance est suspendue. Par conséquent, en cas de décès ou d'invalidité, seule la prestation de libre passage est due. Durant la période de maintien, votre capital de prévoyance profite des intérêts réglementaires.

Date : ..... Signature de l'assuré\* : .....

*\*Par sa signature, l'assuré atteste être en pleine possession de sa capacité de travail*

**Si durant la période de maintien les conditions pour l'assurance obligatoire sont à nouveau satisfaites, l'assurance est réactivée. Les primes de risque déjà acquittées ne sont pas restituées en cas d'interruption avant la durée initialement prévue.**

