

Prévoyance professionnelle

Convention – Congé non payé

01/2024

En cas de congé non payé n'excédant pas 12 mois, l'assuré peut rester affilié à HOTELA Fonds de prévoyance. Dans ce cas, une convention portant sur les modalités de l'assurance durant la période de congé sera conclue entre l'assuré et l'employeur et portée à la connaissance de HOTELA Fonds de prévoyance avant le début du congé.

Durée du congé non payé

Date de début (JJ/MM/AAAA)

.....

Date de fin

.....

Données d'employeur

Nom de l'entreprise

.....

N° d'affilié

.....

Données personnelles de l'assuré(e)

N° AVS

.....

Nom

.....

Prénom

.....

Adresse privée

.....

.....

Langue

allemand

français

italien

L'assuré et l'employeur choisissent d'un commun accord l'une des deux couvertures d'assurances suivantes :

Sans paiement des cotisations

Pendant le congé, aucune cotisation pour l'épargne ni pour les risques invalidité et décès n'est due. Durant cette période, le capital-retraite accumulé continue de porter intérêts au taux fixé par le conseil de fondation. Aucune bonification de vieillesse n'est créditée et aucune prestation de risques décès et invalidité n'est assurée.

Avec paiement des cotisations

Pendant le congé, le capital-retraite continue d'être alimenté par les bonifications de vieillesse définies dans le plan de prévoyance applicable, déterminées sur la base du dernier salaire coordonné. Les prestations pour les risques décès et invalidité assurés sont celles déterminées au début du congé. La répartition des cotisations entre employeur et employé reste celle fixée dans le plan de prévoyance applicable.

Durant la période du congé non payé, l'employeur est responsable envers l'institution de prévoyance du paiement des cotisations de l'employeur et de l'employé.

Dernier salaire annuel brut AVS avant la prise du congé non payé (y compris le 13^{ème})

ou, en cas de salaire variable :

Moyenne des 12 derniers mois au max. précédent la prise du congé non payé

.....

Lieu, date, timbre et signature de l'entreprise

.....

Lieu, date et signature de l'assuré(e)

.....

A retourner dûment complété, daté et signé à : HOTELA Fonds de prévoyance