

Demande de libération des cotisations en cas d'incapacité de travail

Prévoyance professionnelle obligatoire

A compléter par l'employeur

Données de l'employeur

Raison sociale: _____
Rue: _____
NPA, Lieu: _____
N° d'employeur: _____

Données de la personne assurée

Prénom: _____ Nom: _____
Date naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin
No. AVS (NSS): 756. _____ Etat civil: _____
Email: _____ Téléphone: _____
Rue: _____
NPA, lieu: _____

Demande de libération des cotisations de la prévoyance professionnelle obligatoire

L'employeur demande par la présente la libération des cotisations de la prévoyance professionnelle obligatoire du salarié mentionné ci-dessus.

Les cotisations sont libérées dès le 4^e mois d'incapacité de travail, en fonction du degré d'incapacité de travail. En cas d'incapacité de travail partielle, le droit à la libération des cotisations est défini selon l'art. 24 LPP.

Dès qu'une décision de l'assurance invalidité (AI) est rendue, c'est le degré d'incapacité de gain défini par l'AI qui fait foi pour le droit à la libération des cotisations.

Données sur l'incapacité de travail

Date de début de l'incapacité de travail: _____
Degré de l'incapacité de travail: _____
Cause de l'incapacité de travail: _____
Le salarié touche-t-il des prestations de l'assurance-invalidité (AI) ? Non Oui → Depuis quelle date: _____
Si non, une demande de prestations de l'AI a-t-elle été introduite ? Non Oui

Salaire AVS mensuel brut: CHF _____ x 12 mois x 13 mois

Documents à transmettre

Pour permettre à la FRP de statuer sur la demande de libération des cotisations en cas d'incapacité de travail, l'employeur fournira avec la présente demande les documents suivants:

- Attestation médicale d'arrêt de travail, dès le 1er jour de l'incapacité de travail et pour toute la période d'incapacité de travail;
- Décompte de salaire des trois mois précédant la première incapacité de travail.

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

➔ Veuillez faire compléter la suite par la personne assurée.

A compléter par la personne assurée

Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin

Déclaration de l'assuré

En signant le présent formulaire, la personne assurée autorise la Fondation rurale de prévoyance (ci-après FRP) à traiter les données collectées (p. ex. nom, date de naissance, etc.) en vue de l'examen du droit aux prestations. En outre, la FRP est en droit de se procurer auprès de tiers, notamment auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités, des assurances sociales, tout renseignement utile concernant le déroulement des prestations, en particulier aux fins de gestion des cas de prestations. La FRP est également autorisée à se procurer des données personnelles sensibles (telles que des données médicales) ou à consulter des dossiers officiels nécessaires à l'examen du droit aux prestations. A cette fin, le proposant à l'assurance libère expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion.

Par sa signature, la personne assurée confirme que les informations fournies sont complètes et conformes à la vérité. Il prend acte que le droit aux prestations dépend de l'exactitude des données et qu'en cas d'informations incorrectes, les prestations correspondantes peuvent être réduites ou refusées.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Ce document est à retourner valablement complété et signé à :

Fondation rurale de prévoyance
Av. des Jordils 1
Case postale 1080
1001 Lausanne