

COPRE

CONGÉ NON-PAYÉ

Entreprise affiliée : N° de Contrat :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : M F

Congé non-payé

Durée : du au

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

- La prévoyance vieillesse (contribution épargne) et la prévoyance risques seront maintenues.
- La prévoyance vieillesse (contribution épargne) sera suspendue et la prévoyance risques sera maintenue.
- La prévoyance vieillesse (contribution épargne) et la prévoyance risques seront suspendues. (Pendant cette période la personne assurée ne sera pas couverte.)

Lieu et date : Timbre/Signature de l'employeur :

Lieu et date : Timbre/Signature de l'employé :