



# Avis de fin de l'interruption de travail temporaire

Contrat n° /

de personnes employées à la saison (reprise du travail)

## Fin de l'interruption de travail temporaire

A la fin de l'interruption de travail temporaire, vous devez nous annoncer, au moyen de ce formulaire, toutes les per-

sonnes dont vous nous avez communiqué l'interruption de travail et qui ont repris leur activité.

Employeur Nom et localité\*

1 Numéro d'assuré*	2		3 Salaire annuel CHF*	4 Réengagement au*			5 Pleine capacité de travail sur le plan de sa santé*		6 Indications supplémentaires si nécessaire
	Nom*	Prénom*		Sexe*	Jour	Mois	Année	Oui	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N.J.	P.J.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	D.J.	S.J.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*A remplir obligatoirement

Remarques

### Couverture du risque

Nous avons pris acte de ce que la couverture du risque dépend de l'exactitude de la déclaration ci-contre. Si des informations erronées lui sont communiquées, AXA peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance. Pour de plus amples informations sur la couverture du risque, voir [Indications relatives à l'annonce](#).

### Capacité de travail

Pour les personnes ne jouissant pas de leur pleine capacité de travail (cf. colonne 5) pour des raisons de santé, nous remettons le formulaire «Complément à l'annonce» (pour la définition de la capacité de travail, voir [Indications relatives à l'annonce](#)).

**Nous confirmons que les personnes désignées par une croix dans «Oui» jouissent de leur pleine capacité de travail sur le plan de leur santé.**

Personne effectuant l'annonce pour le compte de l'employeur

Date

Nom

Prénom

Adresse e-mail

À retourner à formsservice.bvg@axa.ch

ou à:  
AXA  
Postfach 300  
8401 Winterthur

# Indications relatives à l'annonce

## Capacité de travail

Est considérée comme ne jouissant pas de sa pleine capacité de travail pour des raisons de santé la personne qui, au début de l'assurance,

- n'est pas entièrement capable de travailler pour des raisons de santé,
- touche des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident,
- a été annoncée à une assurance-invalidité d'Etat,
- touche une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle,
- ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à temps complet une activité correspondant à sa formation et à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme jouissant de leur entière capacité de travail.

## Formulaire

### «Complément à l'annonce»

Le formulaire «Complément à l'annonce» doit nous être remis pour toutes les personnes qui ne jouissent pas de leur pleine capacité de travail pour des raisons de santé au sens de la définition ci-dessus.

Ce formulaire doit en outre nous être remis pour les personnes dont les prestations assurées – dès le début ou en raison d'une modification de leur assurance – dépassent certaines limites. Nous vous indiquons quelles sont les personnes auxquelles cette règle est applicable.

Au besoin, l'admission peut être subordonnée à l'avis d'un médecin ou au résultat d'un examen médical dont nous prenons en charge les frais.

Si la personne assurée refuse de collaborer dans le cadre de l'examen médical, les prestations pour les risques d'invalidité et de décès sont limitées aux prestations minimales prévues conformément aux dispositions légales.

## Couverture du risque

La couverture est **définitive et sans réserves** pour les personnes pour lesquelles un «Complément à l'annonce» n'est pas nécessaire.

Pour les autres personnes, la couverture est **définitive et sans réserves** pour

- les prestations minimales au sens de la LPP (si assurées),
- les prestations acquises au moyen de la prestation de libre passage apportée, pour autant qu'elles aient été assurées sans réserves auprès de l'institution de prévoyance précédente.

Pour les autres prestations, la couverture est d'abord **provisoire**. Nous vous communiquons par écrit si la couverture de prévoyance peut être accordée normalement ou avec une réserve (restriction), ou si la couverture d'assurance est exclue.

## Totalité des rapports de prévoyance

Si la somme de tous ses salaires et revenus soumis à l'AVS dépasse le décuple du montant-limite supérieur selon la LPP, la personne assurée est tenue d'informer chacune de ses institutions de prévoyance de la totalité de ses rapports de prévoyance.