



# Avis de sortie en cas d'interruption de travail temporaire

Contrat n° /

de personnes employées à la saison (interruption du travail)

## Interruption de travail temporaire

Lorsqu'une personne interrompt son activité et qu'elle obtiendra vraisemblablement un nouveau contrat de travail dans les six mois suivants, il est nécessaire de nous annoncer sa sortie au moyen du **présent formulaire**.

## Sortie définitive

Les personnes dont le contrat de travail a été résilié définitivement

- parce qu'elles n'obtiendront pas de nouveau contrat de travail dans les six mois,
- parce que, contre toute attente, elles n'ont pas repris leur activité à la fin de l'interruption de travail,
- parce que leur contrat de travail a été résilié pour d'autres raisons ou
- parce qu'elles sont assurées auprès d'une autre institution de prévoyance,

**sortent définitivement de l'assurance. Leur sortie doit être annoncée au moyen du formulaire «Avis de sortie».**

Employeur Nom et localité\*

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

\*A remplir obligatoirement

Remarques

**Capacité de travail** Nous avons indiqué les personnes qui ne jouissent pas de leur pleine capacité de travail pour des raisons de santé au moment de leur sortie par une croix dans la colonne 4 dans «Non».

Nous confirmons que les personnes désignées par une croix dans «Oui» (colonne 4) 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