

## **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. \_\_\_\_\_  
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<sup>e</sup> 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

### **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

---

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

➔ Veuillez faire compléter la page 3 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 prestation. 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  
c/o AgriGenève  
Rue des Sablières 15  
1242 Satigny