

[Reset](#)

Ce formulaire sera lu électroniquement.  
Merci de le compléter de manière lisible  
et de le signer avant envoi!

# Annonce pour le maintien de la prévoyance au niveau du dernier salaire

Contrat n° ..... / .....

Employeur Nom et localité

Personne  
assurée

Nom Prénom Numéro d'assuré

Rue, NPA et localité Date de naissance Sexe

☐ m ☐ fInformations sur  
le maintien de la  
prévoyance La personne assurée jouit-elle de son entière capacité  
de travail?☐ Oui ☐ NonDébut du maintien de la  
prévoyance au Fin du maintien de la  
prévoyance auSalaire de base effectif CHF Salaire de base Maintien de la  
prévoyance CHF Taux d'activitéPersonne effectuant  
l'annonce pour le  
compte de l'employeur

Date Nom Prénom

Adresse e-mail

Signature de la  
personne assurée

Date Signature

À retourner à formsservice.bvg@axa.ch

ou à:  
AXA  
Postfach 300  
8401 Winterthur

[Send](#)