

Nom et numéro d'affilié de  
l'employeur \_\_\_\_\_

### **Demande pour la continuation de l'assurance obligatoire**

Nous demandons la continuation de l'assurance obligatoire pour

N° d'assuré: \_\_\_\_\_

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

NPA / lieu: \_\_\_\_\_

Début de l'activité dans le  
pays étranger: \_\_\_\_\_

Etat: \_\_\_\_\_

#### **Bases légales et procédure**

Selon l'article 1a, alinéa 3 let. a de la LAVS peuvent les personnes de nationalité suisse ou étrangère, qui travaillent à l'étranger pour le compte d'un employeur dont le siège est en Suisse, à certain conditions, continuer l'assurance obligatoire AVS/AI/APG et AC. Les conditions pour une continuation sont:

- Versement du salaire par un employeur en Suisse;
- Cinq années consécutives d'assujettissement à l'AVS/AI (obligatoirement ou facultativement) immédiatement avant le début de l'activité à l'étranger ou après l'écoulement de la période de détachement;
- Accord entre le salarié et l'employeur.

**La demande doit être adressée à la caisse de compensation de l'employeur dans un délai de six mois à compter du jour où le salarié remplit les conditions pour continuer l'assurance obligatoire. Passé ce délai, il n'est plus possible de continuer l'assurance.**

Lieu, date: \_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'employeur: \_\_\_\_\_

Signature de l'employé/-e: \_\_\_\_\_

## Acceptation

La demande formulée au recto pour l'adhésion facultative pour la continuation de l'assurance obligatoire est accordée et ceci pendant la durée de l'activité à l'employeur mentionné ci-devant.

Lieu, date: Zurich, \_\_\_\_\_

Timbre et signature  
Caisse de compensation «Assurance» \_\_\_\_\_

L'assuré et l'employeur peuvent résilier l'assurance obligatoire d'un commun accord pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de 30 jours.

L'assurance continuée cesse en principe dès que l'assuré ne se trouve plus dans la relation de travail qui lui avait permis de continuer l'AVS/AI/APG et AC.

Acceptation à envoyer en double exemplaires à:

- Employé/-e (via l'employeur)
- Employeur

## Résiliation

Les soussignés résilient l'assurance au \_\_\_\_\_.

Lieu, date: \_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'employeur: \_\_\_\_\_

Signature de l'employé/-e: \_\_\_\_\_

Résiliation à envoyer en un exemplaire à:

- Caisse de compensation «Assurance»