

Avis de congé non payé

N° de contrat : U230_ - _ _

Nom et adresse du cabinet (ou tampon)

Nom du cabinet : _____

N°, rue : _____

NPA, lieu : _____

Données relatives à la personne assurée :

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro AVS : 756. _____

Congé non payé : du : _____ au : _____

Salaire annuel lors de la reprise
du travail : _____

Taux d'occupation : _____%

Couverture des risques durant le congé : oui non

La personne assurée jouit-elle de
sa pleine capacité de travail ? oui non

Signature du propriétaire du cabinet :

Date : _____