

Formulaire C002

Renonciation à l'affiliation AMPG

en vertu d'une activité occasionnelle

Téléphone : 0848 731 570 / +41 58 311 22 44
Permanence téléphonique : Lundi - vendredi
8h30 - 12h00 et 13h30 - 16h45

Données de la personne salariée

Prénom : _____ Nom : _____
Date naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin
No. AVS (NSS) : _____ Etat-civil : _____
Email : _____ Tél. / Port. : _____
Rue : _____
NPA, lieu, pays : _____
Type d'activité : _____

Déclaration de la personne salariée

Par la présente, la personne salariée cité ci-dessus déclare :

- qu'elle est au bénéfice d'un contrat de durée déterminée (CDD) et que son activité n'est que très occasionnelle ;
- que son activité est accessoire et qu'elle est par ailleurs au bénéfice d'une couverture maladie perte de gain pour une activité lucrative exercée à titre principal ;
- avoir été informée par son employeur qu'elle aurait pu exiger que son salaire soit tout de même déclaré ;
- qu'elle renonce expressément à cotiser à l'assurance maladie perte de gain, donc à la participation de l'employeur, ainsi qu'à toute prétention en cas de maladie envers la Fondation Comoedia.

Signature de la personne salariée

Lieu et date : _____ Signature : _____

Déclaration de l'employeur

Par la présente, l'employeur déclare avoir vérifié que les conditions de l'exclusion de la personne salariée citée ci-dessus sont remplies et avoir informé cette dernière qu'elle peut exiger que son salaire soit tout de même déclaré.

Nom de l'employeur : _____
Email : _____ Tél. / Port. : _____
Rue : _____
NPA, lieu : _____

Signature de l'employeur

Lieu et date : _____ Signature : _____

Sauf demande expresse la présente renonciation prend effet au 1^{er} janvier de l'année de signature. Sa durée n'est pas limitée dans le temps.

La présente renonciation est annulable dans le futur par l'employeur ou la personne salariée, charge à la partie annulant d'informer l'autre partie. La décision est à transmettre par écrit à la Fondation Comoedia. Le présent formulaire doit être parvenu à la Fondation Comoedia au plus tard le 31 janvier qui suit l'année dont les cotisations sont à exclure. Passé cette date il prend effet l'année de réception.

Une copie de la présente déclaration est à conserver par l'employeur pour ses dossiers ; l'original est à transmettre à la Fondation Comoedia.