

Formulaire C001 Renonciation à l'affiliation AMPG

en vertu du lieu d'assujettissement

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

Mise en garde préliminaire

Le présent formulaire ne peut s'appliquer qu'aux personnes assujetties aux charges sociales à l'étranger (hors de Suisse).

Il a pour but d'éviter à une personne pour laquelle l'employeur est tenu de cotiser aux charges sociales à l'étranger (hors de Suisse), et dont on peut raisonnablement imaginer que son revenu en Suisse est accessoire, de cotiser à l'assurance maladie perte de gain (AMPG).

Ce formulaire n'a en aucun cas pour but de permettre d'échapper à la couverture AMPG.

Données de la personne salariée

Prénom :	_____	Nom :	_____
Date naissance :	_____	Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
No. AVS (NSS) :	_____	Etat-civil :	_____
Email :	_____	Tél. / Port. :	_____
Rue :	_____		
NPA, lieu, pays :	_____		
Pays d'assujettissement aux charges sociales :	_____		

Déclaration de la personne salariée

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

- vouloir être exemptée de la couverture assurance maladie perte de gain auprès de la Fondation Comoedia et certifie :
 1. être assujetti aux charges sociales à l'étranger (hors de Suisse) ;
 2. avoir en Suisse une activité qui n'a pas un caractère durable ;
 3. avoir en Suisse un revenu accessoire ;
 4. bénéficier d'une couverture d'assurance maladie suffisante à l'étranger ;
- avoir informé son employeur (dont la signature se trouve ci-après) de sa décision.

Par cette exemption, le / la soussigné(e) renonce, envers la Fondation Comoedia, à :

- cotiser à l'assurance maladie perte de gain ainsi qu'à la participation de l'employeur ;
- être assuré(e) contre les conséquences économiques de la maladie ;
- toute prétention en cas de maladie.

Signature de la personne salariée

Lieu et date : _____

Signature : _____

Déclaration de l'employeur

Par la présente, l'employeur déclare avoir pris connaissance de la décision de son salarié et, par conséquence, ne pas prélever de cotisations AMPG.

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.