

## 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<sup>er</sup> janvier de l'année de signature.  
Sa durée n'est pas limitée dans le temps.

La présente renonciation est annulable dans le futur conjointement par l'employeur et la personne salariée. La décision est à transmettre par écrit à la Fondation de prévoyance Artes & Comoedia.

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