

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 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.