

Formulaire C002 Renonciation à l'affiliation AMPG « **Activité accessoire / occasionnelle** »

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 est 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 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.