

Last name/*Nom de famille* : _____ First name/*Prénom* : _____

Maiden name/*Nom de jeune fille* : _____

Nationality/*Nationalité* : _____

Date of Birth/*Date de naissance* ____ / ____ / ____ Place of Birth/*Lieu de naissance* : _____

French Social Security Number/ *Numéro de Sécurité Sociale Française* : _____

Address/*Adresse* : n° _____ Street/*Voie* : _____

Postcode/*Code postal* : _____ City/*Ville* : _____ Country/*Pays* : _____

Telephone num./*Numéro de tél.* : _____

Work permit/*Permis de travail* : _____

It is hereby agreed that that the person indentified above will perform services on behalf of The American University of Paris under the following conditions:

Ce document confirme l'accord des parties pour que l'intervenant ci-dessus identifié travaillera pour The American University of Paris sous les conditions suivantes :

Services Performed/*Services Rendus* : _____

Date/*Date* : _____ Time begins and ends/*Heures de début et de fin* : _____

Duration/*Durée du Travail* : _____ Compensation/*Rémunération* : _____

IMPORTANT > Cost Centre to be charged/*Centre de Coût pour Paiement* : _____

The employee has been informed that the above-mentioned compensation will be subject to the different social charges as set by French law and rules.

Le (la) salarié(e) a été prévenu(e) que la rémunération ci-dessus fixée est assujettie aux différentes charges sociales obligatoires selon la loi française et la réglementation.

Signature of Cost Manager/*Signature du Responsable du Centre de Coût* : _____

Date :

Signature of Employee/*Signature du (de la) Salarié(e)* : _____

Date :

Method of payment/*Mode de règlement* :

- BANK TRANSFER SEPA for European Union/*VIREMENT SEPA pour l'UE*
(bank information of the employee is needed/*remettre un RIB au nom du salarié*)
- CHECK IN EUROS for other countries/*CHEQUE EN EUROS pour tous autres pays*
- CHECK IN DOLLARS for USA
CHEQUE EN DOLLARS pour les USA

Demande de dispense d'adhésion au régime complémentaire frais médicaux mis en place par accord d'entreprise
--

Je soussigné _____

Déclare avoir été informé par mon employeur de l'existence d'un régime complémentaire frais médicaux obligatoire dans l'entreprise.

Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information Frais Médicaux conformément aux dispositions de l'article L141-4 du code des assurances.

Demande par la présente une dispense d'affiliation au titre de la disposition suivante (*cochez la case correspondante*) :

- En qualité de salarié bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire en application de l'article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du même code. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur du bénéfice de ce dispositif et prends note que la dispense prend fin dès que je ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçois plus cette aide
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois.
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'une couverture Frais Médicaux souscrite par ailleurs.
- En qualité de salarié à temps partiel, ou d'apprenti, dont la cotisation salariale pour le financement du régime représente une somme supérieure ou égale à 10% de ma rémunération brute.
- En qualité de salarié titulaire d'un contrat Frais Médicaux souscrit à titre individuel en cours. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'un contrat individuel. J'ai noté que ma dispense d'affiliation prendra fin à la prochaine échéance dudit contrat individuel, date à laquelle je serai inscrit au bénéfice du présent régime collectif Frais Médicaux,
- En qualité de salarié bénéficiant par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (Journal officiel du 8 mai 2012). Je m'engage à justifier de cette couverture auprès de mon employeur chaque année.

Je reconnais avoir été préalablement informé par mon employeur des conséquences de mon refus et accepte de fournir tous les ans à mon employeur les justificatifs prouvant que ma situation permet le bénéfice de la dite dispense.

Signature _____

Date _____