

DÉCLARATION D'AFFILIATION DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL

10050

NB : si votre première retraite auprès d'un régime de base obligatoire a été liquidée à compter du 1er janvier 2015, les cotisations versées au titre de la poursuite ou de la reprise d'activité n'ouvrent aucun droit supplémentaire à retraite auprès de tous les régimes de retraite de base et complémentaire.

► Votre identité

N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :
Prénom(s) :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :

► Votre adresse

.....
.....
.....
.....

► Vos coordonnées

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail :@.....

► Votre situation familiale

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e) / Remarié(e) en date du :

Divorcé(e) / Fin de Pacs / Veuf(ve) en date du :

Nombre d'enfants :

► Votre conjoint(e) à compléter uniquement si vous êtes marié(e)

N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :

► Votre activité

Référence Cipav

Si vous avez déjà été affilié(e)

C	I																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de début d'activité libérale :

Affiliation au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date de reprise

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nature de la profession non salariée :

Exemple : architecte, psychologue...

.....

Numéro ADELI :

Impératif pour votre affiliation en tant que professionnels de santé (ostéopathe etc)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

► Vos revenus d'activité si vous exercez depuis plus d'un an

Année	2017	2016	2015	2014	2013
Revenus non salariés nets*	€	€	€	€	€

*après abattement des impôts incluant les charges facultatives (Loi Madelin, mutuelles...) et les dividendes.

► Votre aide à la création d'entreprise (ACCRE) justificatif à joindre impérativement

J'ai demandé l'aide à la création d'entreprise et je m'engage à prévenir la Cipav si l'URSSAF rejette ma demande.

► Vos options de cotisations cochez la ou les cases souhaitées

■ Régime de base

Je demande à estimer* mes revenus 2018 pour le calcul de la cotisation du régime de base :

Revenus professionnels non salariés nets 2018 estimés à : _____ € ou déficitaires

■ Régime complémentaire

Je renonce à la réduction de 100% de 1^{ère} année d'affiliation et souhaite acquérir des points

Je demande à cotiser dans la classe immédiatement supérieure (classe B)

■ Régime invalidité-décès

Je demande à changer** de classe invalidité-décès

A B C

Je demande à être dispensé(e) de ma cotisation du régime invalidité-décès. Dans ce cas, je ne serai pas couvert par les garanties invalidité-décès.

*Lors de la régularisation, si votre revenu s'avère supérieur au revenu estimé, une majoration de 5 à 10% sera appliquée sur l'insuffisance de versement.

**Demande à effectuer avant le 1^{er} juillet 2018 pour un changement de classe au 1^{er} janvier 2020 (pas de changement après le 59^{ème} anniversaire de l'adhérent).

► Désignation du ou des bénéficiaires du capital-décès

Le capital-décès est attribué par ordre de priorité au conjoint survivant non séparé de corps, aux enfants âgés de moins de 21 ans puis, à la personne physique nommément désignée par l'assuré(e).

→ Si vous êtes marié(e) et/ou avez un ou des enfants de moins de 21 ans*, vous n'avez pas, actuellement, de déclaration particulière à faire : l'identité et l'ordre de priorité des bénéficiaires sont fixés par les statuts.

→ En revanche, si vous n'êtes pas marié(e) et n'avez pas d'enfants de moins de 21 ans, vous devez déclarer à la Cipav comme bénéficiaire de votre assurance décès une ou plusieurs personnes physiques nommément désignées.

En cas de non-désignation, le capital-décès serait versé à la ou aux personnes qui étaient, au jour du décès, à votre charge effective, totale et permanente. À défaut, la Cipav ne pourrait pas verser de capital-décès.

Je soussigné(e) :, désigne comme bénéficiaire(s) du capital-décès :

■ Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

■ Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

■ Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

* En cas de modification de votre situation, n'oubliez pas de remplir un nouvel imprimé de désignation de bénéficiaire du capital-décès.

► J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans ce formulaire.

Fait à :, le :

Signature :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal).