

DECLARATION DES CONJOINTS COLLABORATEURS DES PROFESSIONNELS LIBERAUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT COLLABORATEUR OU LA PERSONNE LIEE AU PROFESSIONNEL PAR UN PACS

NOM DE FAMILLE :

(nom de naissance)

Prénom :

NOM D'USAGE :

(s'il y a lieu)

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin Nationalité :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Remarié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Fin de Pacs

Date du dernier événement :

N° de Sécurité sociale :

Date du début de la collaboration :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROFESSIONNEL LIBERAL

NOM DE FAMILLE :

(nom de naissance)

Prénom :

NOM D'USAGE :

(s'il y a lieu)

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Numéro d'affiliation CAVOM : _____

ADRESSE (Cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier)

Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Adresse professionnelle : Nom de la société :

N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone : Professionnel Personnel :

Fax : E-mail :

OPTIONS : Le conjoint collaborateur choisit l'assiette sur laquelle ses cotisations seront calculées. Nous vous invitons à vous reporter à la notice explicative ci-jointe avant de cocher la case se rapportant à votre demande.

REGIME DE BASE

Cochez la case correspondant à votre choix.

- Option 1
- Option 2
- Option 3
- Option 4*
- Option 5*

* En cas d'option 4 ou 5, le professionnel libéral doit donner son accord et signer ci-dessous car ces options entraînent le partage des cotisations et des droits pour chacun des conjoints.

« Bon pour accord pour l'option 4 ou 5 » - Signature du professionnel libéral :

REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Cochez la case correspondant à votre choix.

- Option A 25% de la cotisation du professionnel
- Option B 50% de la cotisation du professionnel

REGIME DE DE L'INVALIDITE DECES

Cochez la case correspondant à votre choix.

- Option A 25% de la cotisation du professionnel
- Option B 50% de la cotisation du professionnel

Je déclare participer régulièrement à l'activité professionnelle de mon conjoint et avoir opté pour le statut de conjoint collaborateur.

Je m'engage à aviser immédiatement la CAVOM si l'une des conditions d'affiliation n'était plus remplie.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A

le/...../.....

Signature du conjoint :

J'atteste sur l'honneur que mon conjoint apporte régulièrement son concours à l'exercice de mon activité professionnelle et avoir accompli les formalités au centre de formalités des entreprises.

Je joins à la présente copie de la notification de la déclaration délivrée par le CFE et une photocopie du livret de famille faisant état de notre mariage ou je justifie de la conclusion du pacs.

A

le/...../.....

Signature du professionnel libéral :

IMPORTANT : Ne pas joindre de règlement avant que votre affiliation ait été prononcée et qu'un numéro d'affiliation vous ait été attribué.

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

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.