



DÉCLARATION RÉGLEMENTAIRE (relative à l'affiliation ou à la ré-affiliation des professionnels libéraux)

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Numéro si vous avez déjà été affilié : OMC- _____ -1 ou OM et 14 chiffres _____

Nom de famille :
(nom de naissance)

Prénoms :

Nom d'usage :
(s'il y a lieu)

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

Sexe : Féminin Masculin Nationalité.....

N° de sécurité sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

SITUATION FAMILIALE *(cocher la case correspondante à votre situation)*

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

Date de naissance/...../.....

(joindre le justificatif)

VOTRE CONJOINT

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 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

ADRESSE *(renseigner les 2 blocs adresse et cochez celle 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.....@.....

CAVOM

Tél. : 01 85 55 36 37
Fax : 01 83 97 92 54
contact@cavom.fr

26 boulevard Malesherbes
75008 Paris
www.cavom.fr

Ouverture des bureaux du lundi au vendredi, de 9 h 45 à 11 h 30 et de
14 h à 16 h 30.
Renseignements téléphoniques du lundi au vendredi, de 9 h 30 à
12 h 30.



SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession libérale exercée :

Date d'entrée dans la profession libérale :/...../.....

Joindre impérativement le justificatif (arrêté de nomination au Journal Officiel, copie du document attestant de la date de prestation de serment, attestation des organismes compétents mentionnant la date de début d'activité...)

Nom du prédécesseur :

Aide à la création d'entreprise (joindre l'attestation d'exonération URSSAF)

Je bénéficie de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE)
(dispositif en vigueur avant le 01/01/2019)

Je bénéficie de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (ACRE)
(dispositif accordé pour les entreprises créées ou reprises à compter du 01/01/2019)

Je renonce expressément, par la présente et à titre définitif, à bénéficier du dispositif d'exonération de cotisations sociales applicable aux créateurs et repreneurs d'entreprises (ACRE)
(valable uniquement pour les entreprises créées ou reprises à compter du 01/01/2019)

Si vous exercez depuis plus d'un an, indiquez le montant de vos revenus

(*joindre la copie du récépissé de la DSI)

Montant de vos revenus professionnels
nets non-salariés (l'année N étant l'année en cours)

ANNÉE N-1*

ANNÉE N-2*

ANNÉE N-3*

OPTION RÉGIME DE BASE et RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

Si vous estimez que vos revenus nets professionnels de l'année en cours seront inférieurs aux revenus forfaitaires qui vous sont applicables, vous pouvez demander à cotiser à partir du revenu professionnel que vous pensez percevoir pour l'année en cours.

Cocher la case ci-contre : Revenu estimé N : € ou déficitaire

OPTION RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

Cotisation facultative de conjoint, égale à 20 % de la cotisation du professionnel, ouvrant droit à un taux de réversion fixé à 100 % des points de chacune des années au cours desquelles elle a été versée.

Cocher la case ci-contre : Oui Non

OPTION RÉGIME INVALIDITÉ-DÉCÈS (voir les guides annuels sur le site de la CAVOM : www.cavom.fr)

Indiquer la CLASSE de votre choix | |

À défaut de choix, la cotisation est obligatoirement due :

en classe 2 pour les affiliations antérieures au 01/01/2019

en classe B pour les affiliations à compter du 01/01/2019

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL-DÉCÈS (cocher la case concernée) :

- soit le conjoint successible, non séparé de corps, en vertu d'une décision de justice irrévocable ;
 soit les enfants de moins de 21 ans et les majeurs handicapés. S'il y a lieu, le capital-décès est versé à la personne en charge légale des enfants ou aux intéressés eux-mêmes s'ils sont majeurs ou émancipés.

Lorsqu'aucune désignation de bénéficiaire n'a été expressément notifiée à la Caisse, le capital-décès est versé par priorité au conjoint successible tel qu'il est défini ci-dessus, aux enfants de moins de 21 ans ou majeurs handicapés, au partenaire d'une PACS au jour du décès, aux descendants (autres que les enfants) ou aux ascendants.

Noms et prénoms du ou des bénéficiaires

1^{er} bénéficiaire : Date de naissance :/...../.....

2^e bénéficiaire : Date de naissance :/...../.....

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

À le /..... /..... Signature :

CAVOM

Tél. : 01 85 55 36 37
Fax : 01 83 97 92 54
contact@cavom.fr

26 boulevard Maiesherbes
75008 Paris
www.cavom.fr

Ouverture des bureaux du lundi au vendredi de 9 h 45 à 11 h 30 et de 14 h à 16 h 30.

Renseignements téléphoniques du lundi au vendredi de 9 h 30 à 12 h 30.