

**Service affiliation**      **AFF - 002**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation:

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

**DÉCLARATION  
D'AFFILIATION D'UN ASSURÉ  
À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE**



**Identification de la personne à affilier**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage [s'il y a lieu] : \_\_\_\_\_

Prénom(s) [dans l'ordre de l'état civil] : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale :

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : H  F  Date de naissance :

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département ou pays : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone :           Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Numéro de collectivité (si connu) :      Numéro de communauté (le cas échéant, si connu) :

Nom de la collectivité (si n° inconnu/nouvelle adhésion) : \_\_\_\_\_

**Situation familiale**

Célibataire :  Divorcé(e) :  Veuf (Veuve) :

Marié(e) :  Pacsé(e) :  Concubin(e) :

*(Pour la demande de rattachement à la Cavimac du conjoint, partenaire de PACS ou concubin sans activité, se reporter à la notice)*

Date de mariage ou de PACS :

Nom et prénom du (de la) conjoint(e) / concubin(e) : \_\_\_\_\_

Date de naissance du (de la) conjoint(e) / concubin(e) :

Numéro de sécurité sociale du (de la) conjoint(e) / concubin(e) :

Enfant(s) mineur(s) à charge : Oui  Non

*(Pour la demande de rattachement à la Cavimac des enfants mineurs, se reporter à la notice)*

**Qualité culturelle**

La personne ci-dessus désignée relève culturellement de la collectivité en qualité de (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/> Candidat en formation	<input type="checkbox"/> Membre de congrégation/collectivité	<input type="checkbox"/> Ministre du culte
--	--	--

Date d'acquisition de l'état culturel :       (à renseigner obligatoirement)

Précision statut : \_\_\_\_\_ (se rapporter au glossaire dans la notice)

Service affiliation **AFF - 002**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation:

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

**DÉCLARATION**  
**D’AFFILIATION D’UN ASSURÉ**  
**À L’ASSURANCE OBLIGATOIRE**



**Motifs d’affiliation (à cocher obligatoirement)**

<input type="checkbox"/> Accès, en France, au ministère culturel ou à la vie religieuse à compter du :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reprise, en France, d'un ministère culturel ou de la vie religieuse à compter du :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Début, en France, de mission ou de vie cultuelle d'un ministre du culte ou religieux <u>étranger</u> à compter du :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cessation de l’affiliation à un autre régime obligatoire de Sécurité sociale au titre d’une autre activité à compter du :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exercice d’une autre activité professionnelle procurant un revenu annuel d’un montant inférieur à 800 SMIC horaire, à compter du :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Choix du régime d’assurance maladie (à cocher)**

Option pour le régime normal  Option pour le régime particulier

Certification de l’assuré	Certification de la collectivité
Je soussigné(e) Nom : _____ Prénoms : _____ souhaite que tout courrier de la Cavimac soit adressé à (cocher l’une des cases) <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> ma collectivité <input type="checkbox"/> ma communauté souhaite que le remboursement de mes prestations «maladie» soit versé à <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> ma collectivité <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> ma communauté <sup>(1)</sup> - autorise ma collectivité pour l’exercice des droits qui me sont reconnus par la loi, à accomplir, en mes lieux et place, les démarches nécessaires auprès de la Cavimac. - certifie l’exactitude des informations inscrites dans la présente déclaration. Fait à _____, le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="display: block; text-align: center;">Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »</span>	Je soussigné(e) Nom : _____ Prénoms : _____ atteste avoir reçu mandat de la collectivité religieuse ci-après désignée _____ _____ (N° Coll <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> si connu) (dénomination de la collectivité) dont relève la personne ci-dessus nommée, pour faire la présente déclaration et atteste l’exactitude des mentions qui y sont énoncées. Fait à _____, le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="display: block; text-align: center;">Signature <span style="float: right;">Cachet de la collectivité</span></span>

(1) Le paiement des prestations ne peut être effectué sur un compte collectif ou communautaire que si ladite collectivité ou communauté possède un numéro de SIRET qui lui est propre.