

Service affiliation

AFF-004

**DÉCLARATION D'AFFILIATION
À L'ASSURANCE VOLONTAIRE
VIEILLESSE ***

* Pour les personnes de nationalité française exclusivement



Le régime social des cultes

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation:

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site www.cavimac.fr

Identification de la personne à affilier > voir notice point 1

Nom : _____ Prénoms : _____

Numéro National d'identification :

Nationalité : _____

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

Date du début de l'exercice de l'activité cultuelle à l'étranger :

Adresse de résidence à l'étranger (n°/voie) : _____

Code postal (ou code région) :

Commune : _____ Région : _____ Pays : _____

Téléphone : Email : _____ @ _____

Renseignements complémentaires (à compléter uniquement si la personne ne relevait pas de la Cavimac) > voir notice point 2

Date de naissance : Lieu de naissance : _____ Département : _____ ou Pays

La personne ci-dessus désignée relève cultuellement de la collectivité en qualité de (à cocher) :

Congrégation / Collectivité religieuse	Ministère cultuel	Association de fidèles
<input type="checkbox"/> Membre de congrégation / collectivité	<input type="checkbox"/> Ministre du culte	<input type="checkbox"/> Membre d'association de fidèles
<input type="checkbox"/> Novice	<input type="checkbox"/> Candidat en formation	<input type="checkbox"/> Membre accueilli
<input type="checkbox"/> Postulant	<input type="checkbox"/> Membre accueilli	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Membre accueilli	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____		

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

Organisme de rattachement avant le départ à l'étranger (à cocher)

Régime général MSA * RSI * Autre _____ (à préciser obligatoirement)

Certification de l'assuré

Je soussigné(e) Nom : _____

Prénoms : _____

- confirme ma demande d'affiliation à l'assurance volontaire vieillesse.

- autorise ma collectivité par 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

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Certification de la collectivité

Je soussigné(e) Nom : _____

Prénoms : _____

atteste avoir reçu mandat pour procéder à la présente déclaration de la collectivité ci-après : _____

_____ (dénomination de la collectivité) (N° Coll)

laquelle s'engage à prendre en charge le versement des cotisations au titre de l'assurance volontaire vieillesse pour le compte de la personne ci-dessus indiquée.

Fait à _____, le

Signature

Cachet de la collectivité

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr

* MSA : Mutualité Sociale Agricole
* RSI : Régime Social des Indépendants