

Service affiliation **AFF - 002**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation:

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

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



Motifs d’affiliation (à cocher obligatoirement)

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

Choix du régime d’assurance maladie (à cocher)

- Option pour le régime normal Option pour le régime particulier

Certification de l’assuré

Je soussigné(e) Nom : _____
 Prénoms : _____
 souhaite que tout courrier de la Cavimac soit adressé à (cocher l’une des cases)
 moi-même ma collectivité ma communauté
 souhaite que le remboursement de mes prestations «maladie» soit versé à
 moi-même ma collectivité⁽¹⁾ ma communauté⁽¹⁾
 - 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 □□ □□ □□□□
 Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Certification de la collectivité

Je soussigné(e) Nom : _____
 Prénoms : _____
 atteste avoir reçu mandat de la collectivité religieuse ci-après désignée _____
 _____ (N° Coll □□ □□ □□ 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 □□ □□ □□□□
 Signature Cachet de la collectivité

(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.

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