

**Service affiliation AFF-004**

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  
À L’ASSURANCE VOLONTAIRE  
VIEILLESSE \***

\* Pour les personnes de nationalité française exclusivement



**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 culturel	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