



CAISSE INTERPROFESSIONNELLE DE
PREVOYANCE ET D'ASSURANCE VIEILLESSE
21, rue de Berrri, 75403 PARIS cedex 08
www.cipav-retraite.fr – 01.44.95.68.20



DECLARATION REGLEMENTAIRE

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

NOM : _____
Prénoms : _____
Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____
Sexe : Féminin Masculin Nationalité :
Lieu de naissance : _____
N° de Sécurité sociale : _____ Département
Numéro d'affiliation CIPAV si vous avez déjà été affilié(e) : CIC- _____ -3 ou EAC- _____ -5

ADRESSE (cochez l'adresse 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 :@.....

SITUATION FAMILIALE (Cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps Remarié(e)

SITUATION PROFESSIONNELLE

Nature de la profession non salariée : _____
(Exemple : conseil, architecte, psychologue...)
Si vous êtes ostéopathe indiquez votre n° ADELI : _____
Si vous êtes gérant(e) indiquez la nature de la société : _____
Date d'entrée dans la profession non salariée : _____
Si vous êtes bénéficiaire de l'ACCRE, joignez à la présente la photocopie de l'attestation d'attribution de l'ACCRE délivrée par l'URSSAF.

OPTION REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Sauf option pour la classe 2, l'adhérent qui commence son activité est inscrit d'office en classe 1 jusqu'au 1^{er} jour de la deuxième année civile suivant le début de l'activité libérale.

En cas d'option pour la classe 2, cochez cette case

SI VOUS EXERCEZ DEPUIS PLUS D'UN AN, INDIQUEZ LE MONTANT DE VOS REVENUS

	<u>Année N - 3</u>	<u>Année N - 2</u>	<u>Année N - 1</u>
Montant de vos revenus professionnels nets			

T.S.V.P →

