

DÉCLARATION RÉGLEMENTAIRE (Art. R 643-1 du Code de la Sécurité Sociale) à RENVoyer AFFRANCHIE à la



Caisse d'Assurance Vieillesse
des Experts-Comptables et des Commissaires aux Comptes
RÉGIE PAR LES ARTICLES L. 621-1 ET SUIVANTS DU CODE DE SÉCURITÉ SOCIALE

21, RUE DE BERRI, 75403 PARIS CEDEX 08

Tél. : 01 44 95 68 10 - Fax : 01 44 95 68 44

Site Internet : www.cavec.org

Ouverture des bureaux et renseignements téléphoniques : de 9 h 45 à 16 h 30, sauf le samedi

Numéro de Sécurité Sociale : (Numéro INSEE)

Nom : Prénom :

M. - Mme - Mlle (1) :

Nom de jeune fille (le cas échéant):

Date et lieu de naissance : Départ. naissance

Nationalité :

Situation de famille (célibataire - marié - divorcé - veuf) (1)

ADRESSE DU DOMICILE

N° Rue :

(complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence)

Commune :

(CODE POSTAL)

BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence

Profession actuelle :

Précisez ici le mode d'exercice : Salarié Libéral Mixte (1)

Si vous êtes salarié: N° SIRET de votre employeur :

ADRESSE PROFESSIONNELLE

Raison sociale :

N° Rue :

(complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence)

Commune :

(CODE POSTAL)

BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence

IMPORTANT - Même si vous estimez ne pas être visé par la loi, veuillez remplir très exactement le questionnaire ci-dessus qui nous permettra de justifier, le cas échéant, des raisons de votre non-inscription auprès des organismes de contrôles de la Sécurité Sociale.

(1) Biffer les mentions inutiles.

VOIR AU VERSO

Date d'inscription à l'Ordre :

Conseil Régional de : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà figuré sur un autre Tableau ?  oui  non (1) – Lequel ? \_\_\_\_\_

Date d'inscription sur la Liste des Commissaires aux Comptes :

Cour d'Appel de : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la profession libérale :

Depuis quelle date êtes-vous soumis aux bénéfices non commerciaux ?

Êtes-vous ou avez-vous été inscrit au Registre du Commerce ?  oui  non (1)

Êtes-vous ou avez-vous été assujéti à la Sécurité Sociale ?  oui  non (1)

Pour quelle activité ? \_\_\_\_\_

De quelle date à quelle date ? du  au

Avez-vous déjà été affilié à la CAVEC  oui  non (1) - Sous quel numéro ? EC \_\_\_\_\_

Avez-vous été affilié à un autre régime de non-salariés (commerçants, artisans, exploitants agricoles, etc.) ?  oui  non (1)

Si oui, durant quelle période ? du  au

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT**

Nom :  Prénom :

Date et lieu de naissance :

Date et lieu de votre mariage :

Votre conjoint exerce-t-il (ou a-t-il exercé) une activité ?  oui  non (1)

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Cotise-t-il (ou a-t-il cotisé) à un régime de retraite ?  oui  non (1)

Lequel ? (dénomination et adresse de la Caisse) : \_\_\_\_\_

Durant quelle période ? du  au

Nombre d'enfants :

Date de naissance du dernier enfant :

Date de naissance de l'avant-dernier enfant :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme d'assurance vieillesse. Le droit d'accès aux fichiers s'exerce au Siège de la Caisse.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date et signature :

**ARTICLE L 377-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**Est passible d'une amende quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.**