

DÉCLARATION D'AFFILIATION

POUR VOUS IDENTIFIER

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Numéro de référence CAVEC (si précédemment affilié) : 00 _____

Civilité : Madame Monsieur

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Date de mariage/Pacs ___ / ___ / _____ Date de divorce ___ / ___ / _____

N° de Sécurité sociale _____ clé ___ Date de naissance ___ / ___ / _____

Commune de naissance _____ Pays de naissance _____

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Nationalité _____ Nombre d'enfants nés ___ Nombre d'enfants élevés ___

Date de naissance de l'aîné ___ / ___ / _____ Date de naissance du benjamin ___ / ___ / _____

POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER

ADRESSE (cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier)

Personnelle

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____

E-mail : _____

Professionnelle

Raison sociale de la société _____

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____

E-mail : _____



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT

Civilité : Madame Monsieur

N° de Sécurité sociale _____ clé ____ Date de naissance ____ / ____ / ____

Commune de naissance _____ Pays de naissance _____

Nom _____ Prénom _____

Nationalité _____

Tél. portable _____ E-mail : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Inscription au Tableau de l'Ordre des Experts-comptables le ____ / ____ / ____

Numéro professionnel d'expert-comptable (Supra) : _____

Inscription sur la liste des Commissaires aux Comptes le ____ / ____ / ____

Détention de mandat à titre personnel depuis le ____ / ____ / ____

**AFIN DE VALIDER VOTRE AFFILIATION, LE VISA DU
CONSEIL RÉGIONAL EST OBLIGATOIRE**

VISA DU CONSEIL RÉGIONAL

VEUILLEZ NOUS INDiquer VOTRE MODE D'EXERCICE :

VOUS ÊTES TRAVAILLEUR NON SALARIÉ

Vous cotisez aux régimes de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès.

J'ai demandé l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRE) - Joindre un justificatif :

Je souhaite être exonéré des cotisations dans les trois régimes (sans acquisition de droits au régime complémentaire) ou

Je souhaite être exonéré des cotisations des régimes de retraite de base et d'invalidité-décès et cotiser volontairement au régime complémentaire :

En classe A En classe B

J'exerce en tant que TNS et n'ai pas demandé l'ACCRE :

Je souhaite cotiser en classe supérieure au régime complémentaire et

Je souhaite cotiser au régime invalidité-décès en classe :

1 2 3 4

J'exerce mon activité non-salariée depuis plus d'un an et indique mes derniers revenus :

N-1 : _____ € N-2 : _____ €

N-3 : _____ € N-4 : _____ €

Veillez nous adresser le formulaire de désignation des bénéficiaires du capital-décès, disponible sur cavec.fr.

VOUS ÊTES EXCLUSIVEMENT SALARIÉ

Vous cotisez uniquement au régime de retraite complémentaire.

Partie à faire remplir obligatoirement par l'employeur

Numéro de SIRET : _____

Raison sociale : _____

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____

Contact au sein de l'entreprise : _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____

E-mail : _____

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : ____ / ____ / ____

Choix de cotisation au régime de retraite complémentaire :

Classe C Classe D

Option pour la cotisation de conjoint :

Oui Non

Signature de l'employeur et cachet :

Afin de nous permettre de traiter votre demande, veuillez nous transmettre toutes les pièces nécessaires et faire viser la déclaration par le Conseil Régional de l'Ordre.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Signature : _____