

DEMANDE D'IMMATRICULATION / AFFILIATION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE
APPLICATION FOR THE REGISTRATION/AFFILIATION TO VOLUNTARY INSURANCE

Cadre réservé à la photo
Reserved for photograph

Numéro dossier
File number

Formulaire à remplir obligatoirement en MAJUSCULES, au stylo à bille noir ou bleu
Form to be necessarily filled in CAPITAL LETTERS, with a black or blue ball-point

(1) M Mme Mlle
Mr Mrs Miss

Nom/Name : _____

Prénoms/First names : _____

Date de naissance/Date of birth : _____ Sexe Féminin Masculin

Lieu de naissance/Place of birth : _____ Sex Female Male

Arrondissement/Subdivision : _____

Ville/Localité / Town/Locality : _____

Pays/Country : _____ Nationalité/Nationality : _____

(1) **SITUATION MATRIMONIALE / MARITAL STATUS**

Marié(e) Séparé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf (ve)
Married Separate Single Divorced Widow (er)

Nombre d'enfants à charge (Voir liste sur imprimé en annexe)
Number of dependent children (See attached list)

Type pièce d'identité/Type of ID document _____

N° pièce d'identité/Number of ID document : _____ Du/Of _____ à/at _____

Pays de résidence/Country of residence : _____ Ville de résidence/Town of residence _____

Quartier/Neighbourhood : _____ Boîte postale/Postal box : _____

Tél./Phone : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Activité/Activity : _____

(1) **STATUT ANTERIEUR/FORMER STATUS**

Ancien travailleur fonctionnaire Ancien travailleur Autres régimes Nouvel assuré volontaire CNPS
Former worker Former worker Other schemes New voluntary insured

MATRICULE CNPS / CNPS Registration Number : _____

INFORMATIONS SUR LES ASCENDANTS/INFORMATION ON ASCENDANTS

Père/Father : _____

Né le/Born on : _____ à/At : _____ Arrondissement/Subdivision : _____

(1) Décédé Oui Non Date de décès/Died on : _____
Dead Yes No

Mère/Mother : _____

Née le/Born on : _____ à/At : _____ Arrondissement/Subdivision : _____

(1) Décédée Oui Non Date de décès/Died on : _____
Dead Yes No

INFORMATIONS SUR LE(S) CONJOINT(S)/INFORMATION ON SPOUSE(S)

NOMBRE DE CONJOINTS
Number of spouse(s)
(Voir liste sur imprimé en annexe)
(See attached lists)

DATE DE PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION : _____
Date of entry into effect

(1) Cocher la ou les cases correspondantes
Tick the corresponding box(es)

Voir règles de gestion
see management rules

DECLARATION ANNUELLE DES REVENUS DE L'ASSURE VOLONTAIRE

ANNUAL DECLARATION OF INCOME OF THE VOLUNTARY INSURED

I- Eléments d'identification

Identification

N° Matricule Assuré :
Registration No

Nom et Prénoms de l'Assuré Volontaire :
Full names of voluntary insured

BP.: Tél.: Adresse e-mail :
P.O. Box Tel.:

Montant du revenu annuel de l'exercice antérieur servant de base cotisable (Ancien assuré) :
Annual income for pas year serving as contribution base (former insured)

Localisation : CPS de rattachement CDI de rattachement :
Location CPS of attachment Tax centre of attachment

II- Assiette des cotisations et liquidation des cotisations pour la branche des PVID arrêtée d'accord parties

Contribution base and liquidation of contributions for the branch of 'PVID' established by both parties

- MONTANT DU REVENU ANNUEL A DECLARER :
Amount of annual income to be declared
- MONTANT DES COTISATIONS SOCIALES ATTENDUES SUR L'ANNEE = revenu annuel plafonné x 8,4% =
Amount of social contributions expected over in the year = annual income ceiling x 8.4% =
- MONTANT DU REVENU MENSUEL DECLARE :
Amount of monthly income declared
- MONTANT DES COTISATIONS MENSUELLES ATTENDUES :
Amount of monthly contributions expected

DECLARATION SUR L'HONNEUR / DECLARATION ON HONOUR

Je soussigné
I, the undersigned

Né (e) le à
Born on At

CNI N° du à demeurant à
NIC No. of at residing at

Déclare sur l'honneur / Declare on honour :

1) NON AFFILIATION A UN AUTRE REGIME ET NON PERCEPTION D'UNE PENSION

My non affiliation to another scheme and no receiving of a pension

- N'appartenir à aucun autre régime
Do not belong to any other scheme
- Ne percevoir ni traitement, ni salaire, ni indemnité d'invalidité, ni pension de vieillesse sous quelque forme que ce soit.
Not receiving a wage, salary, nor indemnity for disability, nor old age pension whatsoever

2) DES INFORMATIONS SUR LES ASCENDANTS (En cas d'absence d'une copie d'acte de naissance)

Nom du père / Father's name :

Né le / Born on à / At

Nom de la mère / Mother's name :

Née le / Born on à At

Je soussigné,..... certifie l'exactitude des informations ci-dessus et déclare sur l'honneur que celles-ci sont authentiques et ne sauraient faire l'objet d'une contestation ultérieure de ma part.
I, the undersigned,..... certify the exactness of the information above and solemnly declare that they are authentic and shall not be further contested by me.

Je suis conscient(e) qu'une déclaration non conforme à la réalité pourrait entraîner ma résiliation du régime d'assurance volontaire, sans préjudice de poursuites pénales, en cas de déclarations sciemment mensongères.
I am aware that any false declaration may lead to my exclusion from the scheme of voluntary insurance, without prejudice of legal action, in case of knowingly false declaration.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.
Done to serve all lawful purposes

Fait à / Done at.....

le / On.....

Signature du requérant
Signature of applicant

Lu et approuvé / Read and approved

Signature, le cas échéant, de 2 témoins
Signature if need be, of two (2) witnesses