

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



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 ove 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)

Information on ascendants (if there is no copy of a birth certificate)

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
---