



## REGIME DES NON SALARIES

### DEMANDE D'AFFILIATION ET DECLARATION DE REVENUS

**Je, soussigné(e),**

#### IDENTITE DU DEMANDEUR

<b>DN :</b>												<b>N°TAHITI :</b>																							
M. <input type="checkbox"/>						Mme <input type="checkbox"/>						Mlle <input type="checkbox"/>						<b>Revenus annuels nets non salariaux</b>																	
NOM patronymique :												<b>Revenus professionnels :</b>												Montants						Codes CPS					
Nom marital :												Activité à préciser :																		04					
Prénom(s) :																																			
Pseudonyme :												Revenus non professionnels :																		07					
Né(e) le : / /																																			
à :												Pensions et rentes CPS																		31					
<b>ADRESSE</b>																																			
Commune :												Loyers																		06					
N° et nom de la voie :																																			
N°Immeuble:						Quartier :						Autres (à préciser) :																		06					
PK:						Côté : <input type="checkbox"/> montagne <input type="checkbox"/> mer																													
BP/SP:						Localité :						TOTAL ANNUEL																							
Téléphones:				Domicile :				Bureau :																											
				Portable :				Fax :																											
E-mail :																																			

**DEMANDE** à bénéficier des prestations **d'assurance maladie et des prestations familiales** du régime des non salariés, géré par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française à compter du : ..... et **DECLARE** sur l'honneur avoir encaissé au cours de l'année 20 ..... les revenus ci-dessus.

#### PARTIE A COMPLETER POUR BENEFICIER DES PRESTATIONS FAMILIALES IDENTITE DU CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

<b>DN :</b>												<b>Revenus annuels nets</b>																													
M. <input type="checkbox"/>						Mme <input type="checkbox"/>						Mlle <input type="checkbox"/>						<b>Revenus Professionnels</b>												Montants						Codes CPS					
NOM patronymique :												Activité à préciser :																		04											
Prénom(s) :																																									
Né(e) le : / /												Revenus non professionnels :																		07											
à :																																									
												Pensions et Rentes CPS																		31											
																																				Loyers					
												Autres (à préciser) :																		06											
																																				TOTAL ANNUEL					
												MOYENNE MENSUELLE																													

Je perçois  
 Je ne perçois pas  
une pension de retraite ou de réversion d'un régime de Sécurité Sociale (Métropolitaine, CAFAT, ...)

A ..... le .....  
Signature

**Délibération n° 94-171/AT du 29 décembre 1994 :**

- Article 5 : "La Caisse peut exiger de l'intéressé tout document justificatif lui permettant de vérifier l'état de ses revenus".
- Article 15 : L'assujetti qui se rend coupable de fausses déclarations est passible des peines de la contravention de 5ème classe, sans préjudice des peines prévues par le code pénal.

**PIECES A FOURNIR**

- Extrait d'acte de naissance ou pièce d'identité (permis de conduire exclu) pour les personnes non immatriculées
- Certificat de résidence ou billet d'avion d'arrivée sur le territoire, ou attestation de la compagnie aérienne
- Acte de mariage
- Relevé d'identité bancaire
- Copie de la patente
- Lettre de motivation pour les personnes ne justifiant pas 6 mois de résidence continue
- Autres pièces : .....
- .....
- .....

<b>RESERVE AU SERVICE COTISATIONS</b>		
<input type="checkbox"/> EX RPSMR	Date de dépôt :	Date d'affiliation :
Agent :		
Observations :		

La réponse aux questions du présent formulaire est obligatoire pour bénéficier de la couverture Maladie prévue par la Délibération n° 94-170 AT du 29/12/1994. Le destinataire des informations est la Caisse de Prévoyance Sociale.