

Déclaration d'affiliation du conjoint collaborateur

Merci de remplir ce formulaire en noir, majuscules et avec les accents.

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement accompagner votre demande des pièces justificatives indiquées dans la notice jointe.

Les conjoints collaborateurs de professionnel exerçant dans le cadre d'une SARL/SELARL de plus de 20 salariés, d'une SA, d'une SAS ou d'une SCP (quel que soit le nombre de salariés pour ces 3 dernières catégories), ne sont pas autorisés à être affiliés.

RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL CONCERNANT LE CHIRURGIEN DENTISTE TITULAIRE

Numéro d'adhérent* :

Numéro de Sécurité sociale * :

Nom * :

Prénoms * :

Nom de jeune fille * :

Nom d'usage * :

Date de naissance * :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse personnelle :

Code postal :

Téléphone :

Adresse professionnelle* :

Code postal :

Téléphone :

* Champs obligatoires

Déclaration d'affiliation Conjoint collaborateur Chirurgien dentiste

RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL CONCERNANT LE CONJOINT COLLABORATEUR			
Numéro d'adhérent : (à remplir uniquement pour les conjoints collaborateurs inscrits antérieurement au 1 ^{er} juillet 2007)			
Numéro de sécurité sociale :			
Nom de jeune fille :		Nom marital :	
Prénoms :			
Nationalité :			
Date de naissance :		Nationalité :	
Commune de naissance : (indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille) :			
Département :		Pays :	
Date de mariage :		Lieu :	
ADRESSE PERSONNELLE			
Numéro :		Nom de la voie :	
Code postal :	Commune :		Pays :
Téléphone :		Fax :	
ACTIVITÉ			
Date de début de la collaboration :			

SI VOUS BÉNÉFICIEZ DÉJÀ D'UNE PENSION DE RETRAITE D'UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS	
CAISSE DE RETRAITE (RSI, MSA, fonction publique, régime général, régimes spéciaux)	Date d'effet de la retraite
	
	
	

RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX (RBL)

☐	Option 1	Assiette forfaitaire égale à la moitié de la limite supérieure de la première tranche de cotisation du professionnel libéral (option par défaut).	
☐	Option 2	Assiette de calcul des cotisations égale à une fraction de celle prise en considération pour le calcul des cotisations du chirurgien dentiste titulaire :	
		Soit 25 % ☐	Soit 50 % ☐
☐	Option 3	Partage de l'assiette du revenu servant de base au calcul des cotisations du professionnel libéral et du conjoint collaborateur à hauteur de :	
		Soit 25 % pour le conjoint collaborateur et 75 % pour le titulaire ☐	
		Soit 50 % pour le conjoint collaborateur et 50 % pour le titulaire ☐	

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (RC)

☐	Option 1	Cotisation égale à 25 % de la cotisation du titulaire
☐	Option 2	Cotisation égale à 50 % de la cotisation du titulaire

RÉGIME INVALIDITÉ-DÉCÈS (RID)

☐	Option 1	Cotisation égale à 25 % de la cotisation du titulaire
☐	Option 2	Cotisation égale à 50 % de la cotisation du titulaire

Important :

Vous disposez de 60 jours à compter de la date d'envoi du présent imprimé pour effectuer le choix des options pour le calcul des cotisations.

Ces options s'appliqueront pour les trois prochaines années civiles et, sauf demande écrite contraire avant le 1^{er} décembre de la dernière année, seront reconduites tacitement pour une durée de trois ans.

A défaut de choix dans le délai imparti, les cotisations seront calculées sur la base de l'option 1 dans les régimes de base, complémentaire et invalidité-décès, conformément à l'article D.642-5-3 du code de la Sécurité sociale.

PIÈCES À JOINDRE

☐	Options 1 et 2	Déclaration d'adhésion à remplir uniquement par le conjoint collaborateur ou le conjoint associé.
☐	Option 3	Déclaration d'adhésion à remplir uniquement par le conjoint collaborateur ou le conjoint associé et le chirurgien dentiste.

CONJOINT COLLABORATEUR

Je soussigné (e), nom, prénom,

Déclare exercer une activité professionnelle régulière dans l'entreprise libérale de mon conjoint sans percevoir de rémunération et avoir opté pour le statut de conjoint collaborateur, **depuis le**

Je m'engage à aviser immédiatement la CARCDSF si l'une des conditions d'affiliation n'était plus remplie.

Je joins à la présente copie de la notification de la déclaration délivrée par le CFE (Centre de Formalités des Entreprises).

Fait à :	Le :	Signature du conjoint collaborateur

CHIRURGIEN-DENTISTE

Je soussigné(e), nom, prénom,

Déclare que mon conjoint apporte régulièrement son concours à l'exercice de mon activité professionnelle sans percevoir de rémunération.

Fait à :	Le :	Signature du chirurgien-dentiste

Les données transmises par le biais de ce formulaire sont destinées à la CARCDSF (Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages-Femmes) en sa qualité de responsable de traitement, aux fins de vous affilier en vue d'appeler, recouvrer les cotisations obligatoires et liquider des prestations permettant de vous assurer une couverture retraite et prévoyance.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique de traitement de vos données personnelles au sein de votre « Notice d'affiliation » ainsi que dans l'espace « information RGPD » disponible sur votre espace adhérent sur notre site internet www.carcdsf.fr. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer l'un de ces droits, merci d'effectuer votre demande par e-mail à l'adresse suivante : rgpd@carcdsf.fr ou par courrier postal en écrivant à : DPO - CARCDSF- 50 avenue Hoche, 75381 Paris- Cedex 08