C·I·P·A·V

Votre caisse de retraite

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse

DECLARATION DE REPRISE D'ACTIVITE

Je soussigné(e) :

NOM :

PRENOM :

Numéro d'affiliation CIPAV si vous avez déjà été affilié(e) : CIC-_ _ _ _ _ _ _ -3 ou EAC- _ _ _ _ _ _ _ -5

DATE DE NAISSANCE :

☐ Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

☐ Adresse professionnelle : Nom de la société :

N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Télephone : Professionnel Personnel :

Fax : E-mail : .....

Certifie avoir recommencé à exercer mon activité libérale de :

Nature de la profession non salariée:
(Exemple : conseil, architecte, psychologue...)

Si vous êtes gérant indiquez la nature de la société :

Date d'entrée dans la profession non salariée

	Année N-3	Année N-2	Année N-1
Montant de vos revenus professionnels nets			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A ……, le ……/……/……

Signature:

IMPORTANT : même si vous estimez ne pas être visé(e) par la loi, veuillez remplir très exactement ce questionnaire qui nous permettra de justifier, le cas échéant, des raisons de votre non-inscription auprès des organismes de la Sécurité sociale.

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.