Caisse de Prévoyance Sociale
Te Fare Turuuta'a
Votre Protection Sociale, Notre Métier

ATTESTATION DE SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE

CONJOINT(E), PARTENAIRE PACSE(E) ou CONCUBIN(E)

TOUS RÉGIMES : SALARIÉS, NON-SALARIÉS, SOLIDARITÉ TERRITORIAL OU SÉCURITÉ SOCIALE MÉTROPOLITAIN

ASSURÉ(E) DN :

Régimes d'affiliation : (A) Sécurité Sociale ☐ (B) Salariés, R.N.S. ☐ (C) R.S.P.F ☐ (1)

NOM :

PRÉNOM(S) : Né(e) le : J J / M M / A A A A

Adresse courrier :

Adresse géographique :

Tél Dom-Bur : Portable : Fax :

BÉNÉFICIAIRE DN :

NOM :

PRÉNOM(S) : Né(e) le : J J / M M / A A A A

(À remplir par l'assuré(e) ou le bénéficiaire pour le compte du bénéficiaire)

Je soussigné(e) :

ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE :

☐ (2) JE NE SUIS PAS :

☐ (2) MON (MA) CONJOINT(E) N'EST PAS :

☐ (2) MON (MA) PARTENAIRE PACSÉ(E) N'EST PAS :

☐ (2) MON (MA) CONCUBIN(E) N'EST PAS :

(A) RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Patenté(e), ni inscrit(e) au registre de commerce, ni susceptible de bénéficier d'un avantage de même nature au titre d'un régime de Sécurité Sociale autre que celui de la Métropole.

(B) RÉGIME DES SALARIÉS OU DES NON-SALARIÉS

Patenté(e), ni inscrit(e) au registre de commerce, ni susceptible de bénéficier d'un avantage de même nature au titre d'un régime de Sécurité Sociale ou d'un statut particulier de la Fonction Publique.

Une personne exerçant une profession libérale ou une activité professionnelle salariée ou non salariée (exemple : gérant(e) majoritaire de société ou associé(e) de SNC) motivant une affiliation à l'un des régimes d'Assurance Maladie gérés par la Caisse de Prévoyance Sociale.

(C) R.S.P.F UNIQUEMENT

Pris(e) en charge par un autre régime d'assurance (CAFAT, ENIM, etc...) tant en qualité d'ouvrant-droit que d'ayant-droit et que les revenus bruts mensuels cumulés de notre couple appréciés sur une base annuelle sont inférieurs à **97 346 F FCP**.

Je m'engage à informer la CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE de toute modification ultérieure qui interviendrait dans cette situation.

Fait à , le J J / M M / A A A A Signature :

Reçu à la CPS le J J / M M / A A A A Agent :

(1) L'assuré(e) est la personne ayant formulé la demande d'admission au R.S.P.F
(2) Cocher la case correspondante

Sera poursuivi judiciairement quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues.

La réponse au présent formulaire est obligatoire pour bénéficier de la qualité d'ayant-droit aux régimes sus-visés. Le destinataire des informations est la CPS. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits d'accès au fichier et de rectification pour les renseignements les concernants en s'adressant au Service Fichier Central (article 27 de la loi N° 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Réf : 1702/38 - POLYPRESS SERIPOL 74 40 80 00 85 - A8956