



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

DEMANDE D'ASSURANCE VOLONTAIRE DE RETRAITE

(Délibération n° 74/11 du 25 janvier 1974) en faveur des Commerçants, Chefs d'entreprises et Professions Libérales.

ASSURE(E)

NOM	<input type="text"/>		
suivi du nom d'épouse	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
DN	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/>
		Nationalité	<input type="text"/>
Adresse postale	<input type="text"/>		
Adresse géographique	<input type="text"/>		
Téléphone dom/port	<input type="text"/>	Bur	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
exerçant	<input type="text"/>		
la profession de	<input type="text"/>		

- désire adhérer à l'Assurance Volontaire de Retraite auprès de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française

- déclare sur l'honneur posséder le montant du revenu mensuel suivant Fcfp.

à prendre en considération pour le calcul des cotisations, et, ce à compter du

Je joins à la présente demande :

- un extrait de mon acte de naissance,
- une attestation de mon activité professionnelle (Service des Contributions)

En cas de cessation d'activité, nous faire parvenir une copie de la radiation de patente, pour votre fin d'affiliation assurance.

à	<input type="text"/>	le	<input type="text"/>
Signature			
<input type="text"/>			

La réponse aux questions du présent formulaire est obligatoire pour bénéficier des droits au Régime de Retraite prévu par la Délibération n°74/11 du 25 janvier 1974. Le destinataire des informations est la C.P.S.