 <p>Caisse de Prévoyance Sociale Te Fare Tūruaitā'a Votre Protection Sociale, Notre Métier</p>	<p><b>Régime des Non Salariés (RNS)</b></p> <p>Demande de report de paiements des cotisations dans le cadre de la crise sanitaire liée au covid-19</p>	<p>Date : .....</p>
--	--	-------------------------

**Identification**

- DN..... N° Employeur(le cas échéant) : .....
- Nom-Prénom :.....
- Activité exercée : .....
- Coordonnées téléphoniques, courriel :
  - Numéros de téléphone :.....
  - Fax :.....
  - Adresse courriel : .....
- Périodes de cotisations d'assurance maladie RNS concernées par votre demande de report :.....

**Motifs précis et détaillés justifiant la demande** (indiquer les informations utiles à l'appréciation de votre situation en relation avec la crise sanitaire ou les mesures de confinement) :


- Fermeture de l'établissement – Date : .....,
- Cessation totale de l'activité – Date : .....,
- Baisse de l'activité (pourcentage: .....%),
- Report ou annulation des réservations engendrant des pertes de revenus et le remboursement de ces réservations,
- Suspension des vols commerciaux, des rotations maritimes ou terrestres,
- Fermeture des chantiers,
- Difficultés (tensions) de trésorerie : .....

Montant du chiffre d'affaires du mois de janvier 2020, du mois précédent et du mois en cours (estimé) :

- Mois de janvier 2020 : .....XPF
- Mois de ..... 2020 : .....XPF
- Mois de ..... 2020 : .....XPF (estimé)

*Important : Pour les périodes échues, joindre la copie de la déclaration de TVA déposée à la recette des contributions (sauf si vous êtes une TPE) et si vous en disposez. A défaut, votre déclaration sera effectuée sur l'honneur.*

- Autres (à préciser).....

 <p>Caisse de Prévoyance Sociale Te Fare Turautā'a Votre Protection Sociale, Notre Métier</p>	<h2>Régime des Non Salariés (RNS)</h2> <p>Demande de report de paiements des cotisations dans le cadre de la crise sanitaire liée au covid-19</p>	<p>Date : .....</p>
---	---	-------------------------

**Renseignements utiles au traitement de votre demande <sup>1</sup>:**

- Êtes- vous en prélèvement bancaire ?
  - OUI
  - NON
- Si oui, souhaitez-vous:
  - Le maintenir
  - L'arrêter à compter des cotisations RNS du mois de .....
  - L'arrêter pour les cotisations d'assurance volontaire de :
    - Accident du travail
    - Retraite

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes informations,

A .....le

Signature

---

<sup>1</sup> Cocher la case utile