CARMF
Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France
46 rue Saint-Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17

DÉCLARATION EN VUE DE L'AFFILIATION

A RENVOYER À LA CARMF APRÈS VISA DU PRÉSIDENT
DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE
même si vous estimez ne pas devoir être affilié à la CARMF

Merci de remplir ce document en noir

Merci de ne pas corriger l'encadré ci-dessus

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

N° CARMF :

NOM D'EXERCICE (en lettres capitales) : .....
Prénoms : .....
NOM DE JEUNE FILLE : ..... NOM MARITAL : .....
Sexe : ..... Nationalité : .....
Date de naissance : Lieu de naissance : .....

N°d'immatriculation sécurité sociale :

N° d'affiliation CARMF si vous avez déjà été affilié :

ADRESSE

Adresse professionnelle : N°..... Nom de la voie.....
Code Postal Commune .....
Téléphone : portable :
Fax : ..... E-mail : .....
Adresse personnelle : N°..... Nom de la voie.....
Code Postal Commune .....
Téléphone :

SITUATION FAMILIALE

(cocher la case correspondant à votre situation)

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) de corps ☐ Remarié(e) ☐ Pacs ☐

CONJOINT ACTUEL
Nom de naissance : .....
Prénoms : .....
Né(e) le : à .....
Marié(e) le : à .....
Pacte civil de solidarité du :
Profession : .....

CONJOINT PRECEDENT
Nom de naissance : .....
Prénoms : .....
Né(e) le : à .....
Marié(e) le : à .....
Profession : .....
Divorcé(e) le :
Décédé(e) le :

NOMBRE D'ENFANTS :
A remplir éventuellement

	Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance
1 .	.....	.....	
2 .	.....	.....	
3 .	.....	.....	
4 .	.....	.....	
5 .	.....	.....	
6 .	.....	.....	
7 .	.....	.....	

SITUATION PROFESSIONNELLE

Date de Thèse : Diplôme d'Etat délivré le :

Par la faculté de : ..... Spécialité : .....

Date de la 1ère inscription au Tableau de l'Ordre :

1° ACTIVITE MEDICALE LIBERALE DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLÔME ET L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Date précise de début de la première activité médicale libérale :

REMPLACEMENTS : (*préciser la date de votre 1er remplacement)*

COLLABORATEUR LIBERAL :

INSTALLATION : REINSTALLATION :

POSITION A L'EGARD DE LA CONVENTION (merci de joindre si possible un exemplaire de vos feuilles de soins)
(cocher la case correspondante)

Médecin généraliste : ☐

Médecin spécialiste : ☐

Spécialité exercée :…….

Secteur 1…….. ☐ depuis le :
(honoraires conventionnels)

Secteur 2 …….. ☐ depuis le :
(honoraires libres)

Non conventionné…… ☐ depuis le :

Adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie : .....
.....

Exercice libéral (1)	Lieu(x) d'exercice (2)	Période(s)	INSCRIPTION(S) AU TABLEAU DE L'ORDRE		
			dépt.	date	numéro
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			

(1) En cabinet, SCP, Société d'exercice libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), expertises, vacations, médecine d'urgence, médecine thermale, secteur privé pour les médecins hospitaliers, collaboration libérale, remplacements et toutes activités rémunérées par des honoraires.

(2) Y compris dans l'espace économique européen et Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre état membre que la France joindre le formulaire A1 – Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable -) .

Si votre activité se limite ou s'est limitée à des remplacements, merci de nous préciser si vous avez été assujetti à la contribution économique territoriale (ou à la taxe professionnelle antérieurement au 1er janvier 2010) :

- dans l'affirmative, pour quelles années ? :.....

- dans la négative si vous souhaitez être dispensé d'affiliation et que vos revenus ne dépassent pas le plafond visé dans le courrier joint, merci de remplir et de signer l'attestation sur l'honneur ci-dessous.

Je déclare sur l'honneur ne pas être assujetti à la contribution économique territoriale (ou à la taxe professionnelle antérieurement au 1er janvier 2010) en tant que médecin remplaçant et demande à être dispensé d'affiliation.

Fait à …….

le ……...
signature

2° ACTIVITE MEDICALE SALARIEE (en cas d'activité mixte salariée/libérale remplir les tableaux 1°et 2°)

Lieu(x) d'exercice	Nom et adresse de l'employeur	Date(s) d'emploi

Numéro de sécurité sociale :

3° ACTIVITE NON MEDICALE

Périodes	Profession(s) exercée(s)	Adresse professionnelle ou de l'employeur	Préciser l'activité (mettre une croix dans la case concernée)	
			principale	secondaire
du au				
du au				
du au				

4° PERIODE(S) DE NON ACTIVITE

du : .....au..... motif :.....

du : .....au..... motif :.....

5° PERIODE DE SERVICE MILITAIRE

du : .....au.....

en cas de réforme, préciser le motif : .....

6° ANTECEDENTS MEDICAUX

du : ..... au : .....

du : ..... au : .....

N.B. : Toute omission peut compromettre l'ouverture des droits en prévoyance

TOURNEZ SVP

CARMF
Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France
46 rue Saint-Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17

TRÈS IMPORTANT

Article R. 643-1 du code de la sécurité sociale :
Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la section professionnelle dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle.

En application de ce texte, vous voudrez bien préciser votre activité actuelle :

Je déclare : (*cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation*)

• exercer exclusivement la médecine libérale ..... ☐

• exercer simultanément la médecine libérale et la médecine salariée..... ☐

• exercer exclusivement la médecine salariée ..... ☐

• n'avoir aucune activité médicale de quelque nature que ce soit..... ☐

• exercer en tant qu'associé professionnel dans une société d'exercice libéral :

- SELARL (Société d'exercice libéral à responsabilité limitée)..... ☐
- SELAFA (Société d'exercice libéral à forme anonyme)..... ☐
- SELCA (Société d'exercice libéral en commandite par actions) ..... ☐
- EURL (Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée) ..... ☐
- Société en participation..... ☐
- EIRL (Entrepreneur Individuel à responsabilité limitée)..... ☐

JOINDRE UNE COPIE DES STATUTS DE LA SOCIETE

Je m'engage à signaler dans les 30 jours à la CARMF toute modification à ma situation telle qu'indiquée ci-dessus et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués, sachant que toute fausse déclaration ou omission pourrait faire obstacle à l'ouverture des droits prévus au régime invalidité-décès.

Si je remplis les conditions je demande à reporter le paiement de ma cotisation du <u>seul régime de base</u> due au titre des douze premiers mois d'affiliation…….. ☐

à..... le.....

signature et cachet
du médecin

à..... le.....

signature et cachet
du Conseil Départemental de l'Ordre

En application de la loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés, vous pouvez obtenir communication des informations nominatives vous concernant et les faire corriger en cas d'erreur en vous adressant par courrier au service cotisants.