

DECLARATION ET DEMANDE D’AFFILIATION D’UN ASSURE SOCIAL

NUMERO D’IMMATRICULATION

Numéro à recopier à partir de la carte nationale d'immatriculation pour tout assuré déjà immatriculé à la Sécurité Sociale							

DECLARATION DE L’EMPLOYEUR OU DE L’ORGANISME ASSIMILE

--	--	--	--	--	--	--	--

 Numéro Employeur

L’employeur ou l’organisme assimilé soussigné (Nom. Prénom ou raison social)

Déclare que l’assuré désigné ci-dessous est embauché à compter du (date de recrutement)

En qualité de (profession ou situation de l’assuré) :

Fait à le

Signature et Cachet

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ASSURE

Nom (1)

Prénom

Nom de l’époux

Date de naissance
 Jour Mois Année

Lieu de naissance

Commune de Naissance.....

Wilaya de naissance

Prénom du père.....

Nom de la mère.....

Prénom de la mère.....

Sexe Masculin - Féminin (3)

Situation de famille Célibataire- Marié(e) - Veuf(ve) - Séparé(e) - Divorcé(e) (3)

Nationalité

Adresse Complète

Code postal.....

1 - Nom de jeune fille pour les femme mariées
 2 - Si l’assuré est né à l’étranger, indiquez le pays de naissance.
 3 - Rayer la ou les mention (s) inutile(s)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ASCENDANTS AYANTS DROIT

CADRE RESERVE

AU SERVICE AFFILIATION

RANG	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

REMARQUE

- ◆ *Inscrire ci-dessus, les enfants (légitimes ou recueillie) à la charge de l'assuré ou de son conjoint.*
 - ▶ **Enfants âgés de moins de 18 ans**
 - ▶ **Enfants âgés de 18 à 20 ans, lorsqu'ils sont en apprentissage ou scolarisés.**
 - ▶ **Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant est infirme ou atteint de maladie incurable.**
 - ▶ **Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant de sexe féminin n'a pas de ressources et vit sous le toit de l'assuré.**
- ◆ *Pour l'assuré de sexe féminin, ses enfants doivent être inscrits dans le cas où le père n'ouvre pas droit à l'ensemble ou à une partie des Prestations.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) CONJOINT(S) AYANTS DROIT

CADRE RESERVE
AU SERVICE AFFILIATION

R A N G	NOM (1)	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
80									
81									
82									
83									

1 - Nom de jeune fille pour les femmes mariées.

REMARQUE

◆ *Inscrire ci-dessus, le conjoint lorsqu'il n'est pas lui même assuré social, et il y a lieu de fournir dans ce cas pour chaque conjoint, une attestation sur l'honneur de mon activité professionnelle.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ASCENDANTS AYANTS DROIT

CADRE RESERVE
AU SERVICE AFFILIATION

R A N G	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
90									
91									
92									
93									

DECLARATION DE L'ASSURE

L'assuré soussigné (Nom et Prénom de l'assuré).

Déclare que les informations figurant sur la présente demande d'affiliation sont exacte et complètes.

En outre, je m'engage à informer immédiatement la caisse de tout changement pouvant intervenir dans ma situation familiale ou dans la situation socio-professionnelle de l'un de les ayants droit.

A le
Signature de l'assuré

