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'epoux .....

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 Compléte .....

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 Jour Mois Année	Sex.	P.	Sit.	Date blocage
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

RANG	NOM (1)	PRENOM	DATE DE NAISSANCE Jour Mois Année	Sex.	P.	Sit.	Date blocage
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

RANG	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE Jour Mois Année	Sex.	P.	Sit.	Date blocage
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 complétes.

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

CADRE RESERVE A LA CAISSE

Numéro acte de naissance .....

Sexe .....

Situation de famille .....

Statut .....

Position .....

Nationalité .....

Numéro emloyeur .....

Date de recrutement .....

Numéro subsistant .....

Caisse étrangère .....

Mode de paiement .....

Code banque ou C.C.P. .....

Numéro de compte .....

Code mutuelle .....

Numéro mutuelle .....

VISA SERVICE IMMATRICULATION

Assuré immatriculé provisoirement sous le numéro :

et / ou affecté au :
centre payeur

Date et signature,

VISA SERVICE INFORMATIQUE

Immatriculation provisoire confirmée.

Date et signature,

VISA SERVICE IMMATRICULATION

Assuré affilié le :

signature,

NOTICE EXPLICATIVE

A) - Cette demande d'affiliation doit être obligatoirement accompagnée des pièces justificatives suivantes :

1. Une photocopie de la carte nationale d'immatriculation pour tout assuré déjà immatriculé à la Sécurité Sociale.

2. Un extrait d'acte de naissance délivré par la commune de naissance pour tout assuré non immatriculé à la Sécurité Sociale.

3. Une fiche Familiale ou individuelle d'état civil selon que l'assuré est marié ou célibataire.

4. Une pièce justifiant la qualité d'ayant droit (kafala, attestation sur l'honneur légalisée par la Mairie...) pour toute personne à charge ne figurant pas sur la fiche d'état civil.

B) - Joindre un formulaire de chèque barré pour le virement bancaire ou postal des prestations.

AVERTISSEMENT

A) - L'employeur ou l'organisme remplissant les obligations de l'employeur doit, sous peine de sanctions prévues par la loi, adresser sous sa propre responsabilité et au plus tard dans les dis jours suivant le recrutement, cette déclaration et demandé d'affiliation dument visée à la Caisse de Sécurité Sociale dont il relève.

B) - La loi puni quiconque se rend coupable de faute ou de fausse déclarations.

ACCUSE DE RECEPTION D'UNE DEMANDE D'AFFILIATION

SECURITE SOCIALE

Déposés par

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

N° Immat.: .....

Auprés de

Cachet et Signature

Agence : .....

Service : .....

Date :