



IMP.CNAS 04-2021 - SECU.01

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS AYANTS DROIT				CADRE RESERVE AU SERVICE AFFILIATION					
R A N G	N O M	P R E N O M	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
<ul style="list-style-type: none">◆ <i>Inscrire ci-dessus, les enfants à charge légitimes ou recueillis par l'assuré social ou son conjoint (article 67 de la loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiée et complétée) .</i><ul style="list-style-type: none">▶ Les enfants âgés de moins de dix-huit (18) ans ;▶ Les enfants âgés de moins de vingt et un (21) ans qui poursuivent leurs études, en cas de traitement médical débutant avant l'âge de vingt et un (21) ans, la condition d'âge ne peut être opposée avant la fin du traitement ;▶ Les enfants âgés de moins de vingt-cinq (25) ans pour lesquels il a été passé un contrat d'apprentissage prévoyant une rémunération inférieur à la moitié du salaire national minimum garanti ;▶ Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant est, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente d'assurer une activité rémunérée quelconque ;▶ Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant ou le collatéral au troisième degré à charge, est de sexe féminin ;◆ <i>Pour l'assuré social de sexe féminin, ses enfants doivent être inscrits dans le cas ou le père n'ouvre pas droit à l'ensemble ou à une partie des prestations.</i>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) CONJOINT(S) AYANTS DROIT				CADRE RESERVE AU SERVICE AFFILIATION					
R A N G	N O M DE JEUNE FILLE	P R E N O M	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
80									
81									
82									
83									

REMARQUE
◆ <i>Inscrire ci-dessus, le conjoint lorsqu'il n'est pas lui même assuré social.</i>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ASCENDANTS AYANTS DROIT				CADRE RESERVE AU SERVICE AFFILIATION					
R A N G	N O M	P R E N O M	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
90									
91									
92									
93									

REMARQUE
◆ <i>Sont considérés à charge, les ascendants de l'assuré social ou du conjoint de l'assuré social, lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite.</i>

DECLARATION DE L'ASSURE SOCIAL
<p>Je, soussigné (Nom et Prénom de l'assuré social),</p> <p>Déclare que les informations figurant sur la présente demande d'affiliation sont exactes 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 mes ayants droit.</p> <p>A le</p> <p><i><u>Signature de l'assuré social</u></i></p>