

**DÉCLARATION EN VUE D’AFFILIATION  
CONJOINT COLLABORATEUR**

**À renvoyer à la CARMF dûment complétée** même si vous estimez ne pas devoir être affilié à la CARMF  
(Joindre à votre envoi la déclaration de choix d’assiette ainsi que la copie de la notification de la déclaration  
d’option délivrée par le CFE-URSSAF)

**Renseignements concernant le médecin**

Cotisant n° :

Nom/prénom :

Adresse :

N° Sécurité sociale :

**Renseignements concernant le conjoint collaborateur**

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom(s) :

Date de naissance :  Lieu :

Nationalité :

N° Sécurité sociale :

Adresse :

Commune :  Code postal :

Téléphone :  Email :

Date de mariage :  Lieu :

Date du pacte civil de solidarité :  Lieu :

Nombre d'enfants :

Date de début (ou de reprise) de la collaboration :

Date de fin de la collaboration :

La CARMF devra impérativement être avisée en cas de cessation de la collaboration, d’activité salariée, de divorce ou de cessation du pacte civil de solidarité.

NB : une calculatrice est mise à votre disposition sur le site internet de la CARMF ([www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)) pour vous permettre d’effectuer différentes simulations de calcul de cotisations.

**Tournez SVP ►**

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

- participer régulièrement à l'activité professionnelle de mon conjoint, sans percevoir de rémunération à ce titre, et avoir opté pour le statut de conjoint collaborateur.
- ne pas avoir opté pour le statut de conjoint collaborateur.

Je m'engage à signaler dans les 30 jours à la CARMF toute modification à ma situation.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et avoir, le cas échéant, accompli les formalités obligatoires de déclaration d'option choisie au Centre de Formalités des Entreprises.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du médecin

**IMPORTANT**

*Ne pas joindre de règlement avant que votre affiliation ait été prononcée et qu'un numéro d'affiliation vous ait été attribué.*

Conformément à la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à la [division cotisants de la CARMF](#).



Caisse Autonome de Retraite  
des Médecins de France

46, rue Saint-Ferdinand 75841 Paris Cedex 17  
Tél. 01 40 68 32 00 Fax 01 40 68 33 73 E.mail [camf@camf.fr](mailto:camf@camf.fr)  
Internet <http://www.camf.fr> Serveur vocal 01 40 68 33 72

CJT1CHOASS.alx

Référence à rappeler :  
Service EXO/CRA

## DECLARATION DE CHOIX D'ASSIETTE DE COTISATIONS DU CONJOINT COLLABORATEUR

Merci de remplir ce document et de l'adresser dans **les 30 jours** suivant la date du présent envoi

Conjoint collaborateur du Docteur

Cotisant N°

### REGIME DE BASE

Je souhaite que ma cotisation du régime de base soit calculée :  
(Cocher les cases correspondant à votre choix)

#### Choix n°1

Sur le revenu forfaitaire

(égal à la moitié du plafond annuel de sécurité sociale, soit 23 184 € pour 2024).

#### Ou

#### Choix n°2

Sur un pourcentage du revenu professionnel de mon conjoint  
(sans partage d'assiette) :

- 25 % du revenu
- 50 % du revenu

#### Ou

#### Choix n°3

Avec l'accord de mon conjoint, sur une fraction de son revenu professionnel  
(avec partage d'assiette)<sup>1</sup> fixée :

- Au quart du revenu
- A la moitié du revenu

Si aucun choix n'est effectué, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire  
(choix n°1).

<sup>1</sup> Les limites des deux tranches de revenus servant au calcul des cotisations sont réduites dans cette proportion pour le médecin et le conjoint collaborateur.

## **REGIME COMPLEMENTAIRE VIEILLESSE**

*Je souhaite que ma cotisation du régime complémentaire vieillesse soit égale :*

*(Cocher la case correspondant à votre choix)*

- Au quart de la cotisation de mon conjoint
- A la moitié de la cotisation de mon conjoint

Si aucun choix n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle du médecin.

## **REGIME INVALIDITE-DECES**

*Je souhaite que ma cotisation du régime invalidité-décès soit égale :*

*(Cocher la case correspondant à votre choix)*

- Au quart de la cotisation de mon conjoint
- A la moitié de la cotisation de mon conjoint

Si aucun choix n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle du médecin.

★ ★ ★ ★ ★ ★

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année d'affiliation (2024) et des deux années civiles suivantes (2025 et 2026).

Sauf demande contraire du conjoint collaborateur (ou du conjoint collaborateur et du médecin, s'il s'agit du partage d'assiette dans le régime de base) effectuée par écrit au plus tard avant le 1<sup>er</sup> décembre de la dernière de ces années, le choix de l'assiette est reconduit pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Vous aurez donc la possibilité, comme indiqué ci-dessus, de modifier votre choix au plus tard au 1<sup>er</sup> décembre 2026 pour les trois années suivantes (2027, 2028 et 2029).

Fait à Le	
<b>Signature obligatoire du conjoint collaborateur</b>	

<b>Pour accord en cas de partage d'assiette</b> <b>(Régime de base)</b> <b>Signature obligatoire du médecin</b>	
Fait à Le	

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.  
Vous pouvez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant en vous adressant à la division Cotisants de la CARMF.

Référence à rappeler :  
Service EXO/CRA

## DECLARATION DE CHOIX D'ASSIETTE DE COTISATIONS DU CONJOINT COLLABORATEUR

Merci de remplir ce document et de l'adresser dans **les 30 jours** suivant la date du présent envoi

Conjoint collaborateur du Docteur

Cotisant N°

### REGIME DE BASE

Je souhaite que ma cotisation du régime de base soit calculée :  
(Cocher les cases correspondant à votre choix)

#### Choix n°1

Sur le revenu forfaitaire

(égal à la moitié du plafond annuel de sécurité sociale, soit 23 184 € pour 2024).

#### Ou

#### Choix n°2

Sur un pourcentage du revenu professionnel de mon conjoint

(sans partage d'assiette) :

- 25 % du revenu

- 50 % du revenu

#### Ou

#### Choix n°3

Avec l'accord de mon conjoint, sur une fraction de son revenu professionnel

(avec partage d'assiette)<sup>1</sup> fixée :

- Au quart du revenu

- A la moitié du revenu

Si aucun choix n'est effectué, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire (choix n°1).

<sup>1</sup> Les limites des deux tranches de revenus servant au calcul des cotisations sont réduites dans cette proportion pour le médecin et le conjoint collaborateur.

## **REGIME COMPLEMENTAIRE VIEILLESSE**

*Je souhaite que ma cotisation du régime complémentaire vieillesse soit égale :*

*(Cocher la case correspondant à votre choix)*

- Au quart de la cotisation de mon conjoint
- A la moitié de la cotisation de mon conjoint

Si aucun choix n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle du médecin.

## **REGIME INVALIDITE-DECES**

*Je souhaite que ma cotisation du régime invalidité-décès soit égale :*

*(Cocher la case correspondant à votre choix)*

- Au quart de la cotisation de mon conjoint
- A la moitié de la cotisation de mon conjoint

Si aucun choix n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle du médecin.

\*\*\*\*\*

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année d'affiliation (2024) et des deux années civiles suivantes (2025 et 2026).

Sauf demande contraire du conjoint collaborateur (ou du conjoint collaborateur et du médecin, s'il s'agit du partage d'assiette dans le régime de base) effectuée par écrit au plus tard avant le 1<sup>er</sup> décembre de la dernière de ces années, le choix de l'assiette est reconduit pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Vous aurez donc la possibilité, comme indiqué ci-dessus, de modifier votre choix au plus tard au 1<sup>er</sup> décembre 2026 pour les trois années suivantes (2027, 2028 et 2029).

Fait à  
Le  
**Signature obligatoire du conjoint  
collaborateur**

**Pour accord en cas de partage d'assiette  
(Régime de base)  
Signature obligatoire du médecin**

Fait à  
Le

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.  
Vous pouvez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant en vous adressant à la division Cotisants de la CARMF.