



# DÉCLARATION D'UN CONJOINT COLLABORATEUR



→ Formulaire à remplir par le dirigeant

Pour toute déclaration depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le statut de conjoint collaborateur ne peut excéder 5 ans.

## DIRIGEANT DE LA SOCIÉTÉ DÉCLARANT

Nom de famille *(et cas échéant nom d'usage)* et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Numéro de SIRET :

Numéro de sécurité sociale :

## CONJOINT COLLABORATEUR

Nom de famille *(et cas échéant nom d'usage)* et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale :

Lien avec le chef d'entreprise maritime :  Époux  Partenaire lié à un PACS  Concubin

## ACTIVITÉ DU CONJOINT COLLABORATEUR

Exerce-t-il une activité professionnelle (salariée ou non) à temps partiel pour laquelle il est affilié à un régime de sécurité sociale ?  Oui  Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_ Pourcentage du temps d'activité : \_\_\_\_\_ %

## QUOTITÉ DE PARTICIPATION À L'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE

Temps plein.

Temps partiel. Si temps partiel, pourcentage de l'activité : \_\_\_\_\_ %

## ADHÉSION DU CONJOINT COLLABORATEUR AU RISQUE AT/MP ET INVALIDITÉ *(OPTIONNEL)*

Adhésion à l'assurance accident du travail (AT), maladie professionnelle (MP), invalidité et décès en contrepartie d'une cotisation : *(La cotisation est assise sur le salaire forfaitaire de la 3<sup>ème</sup> catégorie, dont le taux est fixé à 1.63%)*

Oui  Non

## ENGAGEMENT DU DIRIGEANT

Je soussigné(e) *(nom et prénom(s) du signataire)*

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler tout changement ultérieur qui interviendrait dans ma situation et/ou celle du conjoint collaborateur.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du dirigeant :

# DÉCLARATION D'UN CONJOINT COLLABORATEUR

→ Formulaire à remplir par le dirigeant

## DÉCLARATION DU CONJOINT COLLABORATEUR

Je soussigné(e) (nom et prénom(s) du signataire)

déclare avoir pris connaissance et accepté l'ensemble des informations portées sur le présent formulaire.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du conjoint collaborateur :

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Copie intégrale de l'acte de naissance de moins de trois mois du conjoint collaborateur.

## FORMULAIRE À RENSEIGNER ET À ADRESSER À :

### ENIM

Département des politiques sociales maritimes de sante (DPS)

27 quai de Solidor

CS 31854

35418 Saint-Malo Cedex

France

sante@enim.eu

### Dispositions législatives et réglementaires applicables :

- Article L5556-1 du code des transports
- Article L 121-4 et s. du Code de commerce
- Titre 7 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins : articles 68 et 68-1.

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. (Art. L 441-6 du Code pénal)

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement d'information destiné à l'Établissement national des invalides de la marine. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.