

Référence à rappeler :
SERVICE ALLOCATAIRES
Fax : 01.40.68.33.34
E-mail : allocataires@carmf.fr

FORMULAIRE DE CESSATION DE TOUTE ACTIVITÉ MÉDICALE LIBÉRALE (MÉDECIN EN CUMUL RETRAITE/ACTIVITÉ)

N° d'affiliation	Dr :
Adresse professionnelle:	
.	
Adresse personnelle (à renseigner impérativement) :	
.	
N° de téléphone :	Adresse mail :

En complétant ce formulaire vous déclarez cesser toute activité dans le cadre du cumul retraite/activité médicale libérale.

Nous vous remercions de renseigner très précisément le tableau ci-dessous en indiquant la date de cessation **(A)**, ainsi que la nature de toutes les activités médicales non salariées que vous exercez dans le cadre de ce cumul **(B)** : *en cabinet, en SCP, en société d'exercice libéral, expertises, vacations, médecine d'urgence, médecine thermique, secteur privé pour les médecins hospitaliers, remplacements... ou tout acte médical ne donnant pas lieu à une retenue au titre d'une législation de Sécurité sociale.*

Attention à deux situations :

1. **Si vous demeurez associé professionnel au sein d'une société d'exercice libéral et conservez vos parts**, même en cas de cessation de votre activité médicale libérale, votre affiliation reste obligatoire.
2. **Si vous êtes en arrêt de travail**, vous n'avez pas à remplir ni cet imprimé, ni le tableau qui suit. Nous vous invitons à vous rapprocher de votre CPAM pour toute information concernant une éventuelle indemnisation. À la fin de votre indemnisation par la CPAM, si votre arrêt de travail se prolonge, nous vous engageons à vous rapprocher du service « Allocataires » afin qu'il puisse examiner votre situation en toute connaissance de cause.

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES ACTIVITÉS MÉDICALES NON SALARIÉES QUE VOUS EXERCIEZ DANS LE CADRE D'UN CUMUL RETRAITE/ACTIVITÉ (B)	DATE DE CESSATION (A)

IMPORTANT : Si vous n'avez pas déjà demandé votre radiation auprès de l'URSSAF, il conviendra de prendre attache avec cet organisme afin d'effectuer cette démarche.

Si vous deviez reprendre une activité médicale libérale, quelle qu'en soit la forme, il vous appartiendrait de nous en informer dans le délai d'un mois.

Fait à : _____ le : _____
Signature du médecin

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 au service allocataires de la CARMF.