



REGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONS LIBERALES

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RETRAITE

Date d' effet des droits :				
Jour Mois Année RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT Numéro d'affiliation CAVEC :				
Nom: (De naissance)				
Prénom :				
Nom d'usage : (s'il y a lieu)				
Date de naissance :				
Jour Mois Année N° de Sécurité sociale :				
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) de corps ☐ Divorcé(e) ☐ Remarié(e) ☐ Nombre d'enfants : ☐ ☐				
Adresse personnelle : N° et nom de la voie :				
Code postal : Commune :				
Téléphone : Personnel				
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT				
NOM: [[] [] [] [] [] [] [] [] []				
Prénom :				
Nom d'usage : (s'il y a lieu)				
Date de naissance : Jour Mois Année				
Lieu de naissance :				
N° de Sécurité sociale :				
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE PENSION DE RETRAITE Reportez – vous au tableau des conditions				
 Vous demandez la retraite à taux plein : → Parce que vous avez l'âge de la retraite à taux plein 				
→ Parce que vous avez l'âge d'ouverture du droit et le nombre de trimestres requis				
→ Parce que vous êtes médicalement inapte au travail				

→ Parce que vous avez commencé à travailler jeune (longue carrière)				
			T.S.V.P. →	
◆ Vous demandez la retraite en qualité (conditions particulières à remplir): → d'assuré handicapé				
 Vous demandez la retraite avec abatt → Vous avez au moins l'âge d'ouve requis 		n'avez pas le nombre de	trimestres	
Avez-vous demandé la liquidation de la françaises et étrangères ?	totalité de vos retraites □ oui	personnelles, bases et co □ non	omplémentaires,	
Indiquez votre domicile fiscal :	☐ France	□ Etranger		
Indiquez si vous appartenez au régime	d'assurance maladie d'A	alsace Moselle : □ oui	□ non	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CARRIERE				
ACTIVITES EXERCEES	PERIODES	NOM ET ADRES ORGANISMES DE I AUXQUELS VOUS AV	RETRAITE	
☐ Salarié régime général	du au			
□ Salarié ou non salarié agricole □ Commerçant ORGANIC (RSI)	du au			
☐ Artisan A.V.A. (RSI)	du au			
□ Profession libérale □ Autres régimes : (Fonctionnaires, SNCF, EDF-GDF,Militaires)	du au du au			
	du au			
Vous avez cessé votre activité professionnelle, indiquez la date : Jour Mois Année				
En cas de cumul emploi-retraite, veuillez vous reporter à la fiche jointe.				
Fait à : Le :				
Signature :				

[·] La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.