



Votre caisse de retraite

CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES OFFICIERS MINISTÉRIELS, DES OFFICIERS PUBLICS ET DES COMPAGNIES JUDICIAIRES

DEMANDE DE RACHAT DES TRIMESTRES EXONERES DE COTISATION (DEBUT D'ACTIVITE AVANT 2004)
REGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONS LIBERALES

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Numéro d'affiliation CAVOM : OM _____

NOM DE FAMILLE : [grid]
(nom de naissance)

Prénom : [grid]

NOM D'USAGE : [grid]
(s'il y a lieu)

Date de naissance : [grid]

Lieu de naissance : [grid]

N° de Sécurité sociale : [grid]

ADRESSE (Cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier)

[checkbox] Adresse personnelle : N° et nom de la voie : [grid]

Code postal : [grid] Commune : [grid]

[checkbox] Adresse professionnelle : Nom de la société : [grid]

N° et nom de la voie : [grid]

Code postal : [grid] Commune : [grid]

Téléphone : Professionnel [grid] Personnel : [grid]

Fax : [grid] E - mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE RACHAT

[checkbox] je souhaite racheter trimestres (8 trimestres au maximum).

au titre des années de cotisations exonérées : ____ - ____

[checkbox] je suis radié(e) de la CAVOM et je certifie sur l'honneur ne pas être affilié(e) à une autre section professionnelle de la CNAVPL*

[checkbox] je relève d'une section professionnelle de la CNAVPL

[checkbox] je déclare mes revenus professionnels (activité CAVOM ou autre section professionnelle de la CNAVPL) :

- mes revenus professionnels 20 __ :€

- mes revenus professionnels 20 __ :€

- mes revenus professionnels 20 __ :€

[checkbox] je certifie ne pas recevoir de pension de retraite de base de la part de la CNAVPL*

* Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CARRIERE

ACTIVITES EXERCEES	PERIODES	NOM ET ADRESSE DES ORGANISMES DE RETRAITE AUXQUELS VOUS AVEZ COTISE
<input type="checkbox"/> Salarié Régime Général	du au	
<input type="checkbox"/> Salarié ou non salarié agricole	du au	
<input type="checkbox"/> Commerçant RSI (ORGANIC)	du au	
<input type="checkbox"/> Artisan RSI (AVA)	du au	
<input type="checkbox"/> Profession libérale	du au	
<input type="checkbox"/> Autres régimes : (Fonctionnaires, SNCF, EDF- GDF, Militaires...)	du au	

Je joins un relevé de carrière portant année par année, la validation des organismes de Sécurité sociale où j'ai cotisé.

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.