RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONS LIBÉRALES

(Formulaire de demande de retraite de base)

Date d'effet des droits/...../....../

Nur	néro d'affiliation CAVOM : OM	
(nom	n de famille :	
	n d'usage :	
Date de naissance _ _ _ N° de sécurité sociale _ _ _ _		
Céli	bataire Marié(e) Pacsé(e) Remarié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Fin de Pacs	
Nor	nbre d'enfant(s) II	
Adr	esse personnelle	
_ _	t nom de la voie	
	phone personnel _ _ _ _ _ E-mail :	
CO	NJOINT	
	Nom de famille	
	Prénom _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	Nom d'usage	
Date de naissance _ _ _ Lieu de naissance _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	N° de sécurité sociale _	



CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE

des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires

Suite

RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONS LIBÉRALES

(Formulaire de demande de retraite de base)

VOTRE DEMANDE DE RETRAITE DE BASE				
Vous demandez la retraite à taux plein parce que				
l Vous avez l'âge de la retraite à taux plein				
l Vous avez l'âge d'ouverture du droit et le nombre de trimestres requis				
l Vous êtes médicale	l Vous êtes médicalement inapte au travail			
l Vous avez commer	l Vous avez commencé à travailler jeune (longue carrière)			
Vous demandez la re	Vous demandez la retraite en qualité (conditions particulières à remplir)			
l d'assuré handicapé	I d'assuré handicapé			
Vous avez au moins	Vous demandez la retraite avec abattement I Vous avez au moins l'âge d'ouverture du droit mais vous n'avez pas le nombre de trimestres requis			
bases et complémer Indiquez votre domi	Avez-vous demandé la liquidation de la totalité de vos retraites personnelles, bases et complémentaires, françaises et étrangères ?			
VOTRE CARRIERE				
ACTIVITÉS EXERCÉES	PÉRIODES	NOM ET ADRESSE DES ORGANISMES DE RETRAITE AUXQUELS VOUS AVEZ COTISÉ		
Salarié régime général	du au			
Salarié régime général	du au			
Commerçant RSI (ORGANIC)	du au			
Artisan RSI (AVA)	du au			
☐ Profession libérale	du au			
Autres régimes (Fonctionnaires, SNCF, EDF-GDF, Militaires)	du au			
Vous avez cessé votre activité professionnelle, indiquez la date///				
Fait à :Signature :				
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme d'assurance vieillesse. 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, 313-5, 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.				

CAVOM

Tél.: 01 85 55 36 37 Fax: 01 83 97 92 54 contact@cavom.fr

75008 Paris www.cavom.fr

26 boulevard Malesherbes Ouverture des bureaux du lundi au vendredi de 9 h 45 à 11 h 30 et de 14 h à 16 h 30.

Renseignements téléphoniques du lundi au vendredi de 9 h 30 à