



CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE PREVOYANCE DES
VETERINAIRES

64, Avenue Raymond Poincaré

75116 PARIS

Tél : 01-47-70-72-53

QUESTIONNAIRE D’AFFILIATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VETERINAIRE

ETAT CIVIL :

NOM de Naissance :

NOM d’Usage ou Nom d’Epouse :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

COMMUNE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

N° DE SECURITE SOCIALE (*Indispensable*) : _ _ _ _ _

ADRESSE PROFESSIONNELLE (il est à noter que sauf indication contraire de votre part, nous enverrons toute correspondance à cette adresse) :

N°..... Rue :

.....

Code Postal : Commune :

DOMICILE :

N°..... Rue :

Code Postal : Commune :

Afin de faciliter tout échange entre vous et la Caisse, vous voudrez bien nous indiquer votre adresse e-mail :

SITUATION DE FAMILLE :

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf/ Veuve
 Divorcée Séparé de corps ou de fait

ECOLE DU VETERINAIRE

Nom de l'école :

Date de sortie de l'école vétérinaire :

Date de la thèse de doctorat :

Faculté de :

Numéro d'inscription à l'ordre des vétérinaires :

Région de :

DATE DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE (A REMPLIR
IMPERATIVEMENT si vous êtes concerné) :

A partir du :

INSTALLATION EN TANT QUE :

COLLABORATEUR LIBERAL

SEUL

OU EN ASSOCIATION :

SCP

SDF / SOCIETE EN PARTICIPATION

SELARL SELAS SELAFA

Exemple des cotisations dues au titre de la première année d'activité libérale : (établies en fonction des barèmes de l'année 2011)

Cotisations Normales :

- Assurance Vieillesse : 603 €

- Retraite Complémentaire : 6 441,60 € (Classe B)

- Régime Invalidité Décès : 402,60 € (Classe Minimum)

Cotisations Allégées :

- Assurance Vieillesse : 603 €

- Retraite Complémentaire : 805,20 € (Classe Super Spéciale 1)

- Régime Invalidité Décès : 402,60 € (Classe Minimum)

Pour pouvoir bénéficier de la cotisation alléguée, il faut nous préciser par écrit que vous souhaitez cotiser au minimum pour le régime de Retraite Complémentaire.

Si l'installation a lieu en cours d'année, ces montants seront bien-sûr revus au prorata.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT ET LES ENFANTS

NOM (pour les femmes mariées, indiquer le nom de jeune fille) :

.....

PRENOM :

Date de Naissance :

Commune de Naissance :

Date de Mariage ou de Pacs :

PROFESSION :

Caisse de retraite à laquelle le conjoint est affilié :

Si le conjoint est inscrit à la CARPV, veuillez indiquer son code cotisant :

.....

ENFANTS :

..... Né le Né le
..... Né le Né le
..... Né le Né le
..... Né le Né le

A le

(Signature et cachet)

DOCUMENTS A FOURNIR

- Des déclarations d'option à n'utiliser que si vous souhaitez être inscrit(e) dès maintenant dans une classe supérieure pour la retraite et l'assurance invalidité-décès.

- **Un certificat d'inscription à l'Ordre (cette pièce est indispensable pour votre immatriculation à notre Caisse). A défaut de ce document, vous pouvez m'adresser la photocopie de votre carte professionnelle.**

- L'autorisation de prélèvement est un RIB, si vous souhaitez régler par prélèvement bancaire (celui-ci s'effectue entre mars et novembre).