



**CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE  
PRÉVOYANCE DES VÉTÉRINAIRES**

**DEMANDE DE RETRAITE**

Renseignements d'Etat Civil

Code Cotisant :

NOM (en capitales d'imprimerie) .....  
(pour les femmes mariées ou veuves, écrire le nom de jeune fille suivi de femme x ou veuve x)

PRENOMS..... NATIONALITE..... SEXE.....

Né(e) le..... à..... Département.....

N° de Sécurité Sociale (13 chiffres + clé).....

Demeurant à ..... Code Postal :.....

N° et rue :..... N° téléphone : .....

Adresse e-mail .....

SITUATION DE FAMILLE    Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Divorcé(e)

   Séparé(e) de corps     Séparé(e) de fait     Veuf(ve)

**A compléter dans le cas d'un précédent mariage du demandeur**

Nom et prénom du (ou des) précédents (s) conjoint (s) .....

Adresse actuelle.....

Date du (ou des) précédents(s) mariage (s)    Date et cause de la dissolution (divorce ou décès)

le.....	.....
le.....	.....
le.....	.....

Nombre d'enfants issus des précédents mariages : .....

**INAPTITUDE EVENTUELLE DU VETERINAIRE A TOUT ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Je soussigné(e), nom : ..... prénom : .....  
déclare être inapte à l'exercice de toute activité professionnelle rémunérée.

Je fournis à l'appui un certificat de M. Le Docteur .....  
exerçant à.....

en date du .....

**Les pièces à joindre à ce dossier sont énumérées à la quatrième page de ce formulaire**

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES DU VETERINAIRE

<p style="text-align: center;">ACTIVITES SALARIEES OU AUTRES</p> <p>du .....au.....</p> <p>du.....au .....</p> <p>du.....au .....</p> <p style="text-align: center;">SERVICE NATIONAL</p> <p>du ..... au .....</p> <p style="text-align: center;">ACTIVITE LIBERALE</p> <p>du..... au .....</p> <p>du ..... au .....</p> <p>du ..... au .....</p>	<p><b>Joindre relevé de carrière de la CRAM ou MSA</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>Joindre copie du livret militaire</b></p>  <p><b>Date de cessation d'activité libérale à renseigner <u>impérativement</u>.</b></p>
---	--

Date de sortie de l'Ecole Vétérinaire ..... Ecole de .....

Date de la thèse de Doctorat..... Faculté de .....

Je soussigné(e) (Nom et Prénoms) :

- déclare postuler à la retraite de base des libéraux, celle-ci ne pourra être liquidée antérieurement au premier jour du trimestre civil qui suit la date de ma cessation d'activité, ou la date de dépôt de ma demande dans les conditions légales en vigueur (complétez les dates ci-dessous) :

• **Date d'effet de la retraite de base** : 1<sup>er</sup> ..... 2015 (renseigner le mois)

- déclare postuler à la retraite complémentaire de la Caisse Autonome de Retraites et de Prévoyance des Vétérinaires, celle-ci ne pourra être liquidée antérieurement au premier jour du mois qui suit ma cessation d'activité, ou la date de dépôt de ma demande

• **Date d'effet de la retraite complémentaire** : 1<sup>er</sup> ..... 2015 (renseigner le mois)

Dans l'hypothèse où je reprendrai mon activité libérale, j'en informerai immédiatement la Caisse Autonome de Retraites et de Prévoyance des Vétérinaires, par lettre recommandée.

Les présentes déclarations sont faites sous foi du serment.

A ....., le .....

Signature

## Renseignements concernant le conjoint actuel

NOM (en capitales d'imprimerie) .....	(écrire le nom de jeune fille, le faisant suivre d'épouse X)
PRENOMS .....	Nationalité..... Sexe .....
Né (e) .....	à ..... Département .....
PROFESSION .....	
Demeurant à : .....	Code Postal .....
N° et Rue .....	
DATE DE MARIAGE.....	
ENFANTS (y compris les enfants décédés) .....	
1) .....	né(e) le ..... 3) .....
2) .....	né(e) le ..... 4) .....
	né(e) le .....

### REGIME INVALIDITE DECES

**Si vous n'exercez plus en qualité de vétérinaire libéral, ce chapitre ne vous concerne pas, car vous ne relevez pas de ce régime pour l'année en cours.**

Si vous êtes assuré(e) à ce régime pour l'année en cours, complétez les cases ci-dessous :

- Je ne désire pas cotiser au Régime Invalidité Décès après le 31 décembre 2015  
 Je désire continuer à cotiser après le 31 décembre 2015

- en classe :  Minimum (classe A)  
 Médium (classe B)  
 Maximum (classe C)

### REGIME LOCAL ALSACE MOSELLE

**En matière d'Assurance Maladie, merci de cocher la case correspondant à votre situation :**

- Je relève du régime local d'Alsace-Moselle  
 Je ne relève pas du régime local d'Alsace-Moselle

Si vous relevez de ce régime, une cotisation supplémentaire de 1,50% sera prélevée sur le montant brut de votre retraite. Cette cotisation s'ajoutera à la C.S.G (6,60%), la C.R.D.S (0,50%) et à la C.A.S.A (0,30%).

Date

Signature

**Merci de dater et signer cette page après avoir complété les renseignements demandés.**

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 377-1 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 relative à l'information et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.  
Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification au fichier pour les données vous concernant.

## PIECES A JOINDRE

- Photocopie du livret de famille,
- Photocopie de la carte nationale d'identité (*si vous êtes célibataire*),
- Relevé d'identité bancaire ou postal (**original**),
- Photocopie du livret militaire, si l'activité libérale fait suite à la période militaire,
- Relevé de carrière de la CRAM ou MSA,
- Photocopie intégrale du dernier avis d'impôt sur les revenus. Document à nous adresser uniquement si vous êtes non imposable, car vous pouvez être exonéré des prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA) ou de certains d'entre eux selon votre revenu fiscal de référence et le nombre de parts.
- Déclaration sur l'honneur de cessation d'activité ci-jointe.

### **Demande de retraite à taux plein au titre de l'inaptitude au travail :**

En ce qui concerne la retraite du régime de base (ou assurance vieillesse), vous pouvez en formuler la demande en joignant à votre formulaire de demande de retraite :

- un certificat médical motivé, établi par votre médecin, mentionnant la date de début de la maladie et comportant **un diagnostic précis, détaillé, et stipulant que le vétérinaire est inapte à l'exercice de toute activité professionnelle**. Le dossier sera ensuite adressé au Médecin contrôleur de la CARPV, et soumis à la Commission d'inaptitude de la CARPV qui statue en dernier ressort.

S'agissant de la retraite complémentaire, en application de l'Article 13 Titre II des statuts de la CARPV, les invalides reconnus inapte à l'exercice de toute activité professionnelle rémunérée peuvent demander à bénéficier de la retraite complémentaire à 60 ans sans minoration.

Pour les activités salariées, l'assurance vieillesse est liquidée par l'ASSURANCE RETRAITE de votre domicile actuel (Tél : 39 60) et la retraite complémentaire par l'IRCANTEC, 24, rue Louis Gain, 49039 ANGERS Cedex, et/ou l'AGIRC-ARRCO, pour ces deux organismes contacter le CICAS de votre département (Tél : 0 820 200 189).



# CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE PRÉVOYANCE DES VÉTÉRINAIRES

## Déclaration sur l'honneur de cessation d'activité pour percevoir la retraite (assurés liquidant une première pension de base à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015)

(1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale)

Pour percevoir ma retraite au régime libéral, je suis informé(e) que je dois cesser mes activités salariées et non salariées. Je complète la ou les rubriques me concernant en fonction de ma dernière situation.

### ► 1 – Vous exercez une ou plusieurs activité(s) non salariée(s) dans un ou plusieurs autre(s) régime(s) :

Je soussigné(e) .....  
exercer une ou plusieurs activité(s) relevant du ou des régime(s) (préciser le ou les régime(s)) :

.....

déclare sur l'honneur cesser mon ou mes activité(s) le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### ► 2 – Vous exercez une ou plusieurs activité(s) salariée(s) au régime général :

Je soussigné(e) .....  
employé(e) par (nom(s) de(s) l'employeur(s) ou dénomination(s) sociale(s)) :

.....

N° de SIRET : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

déclare sur l'honneur cesser cette activité salariée chez mon employeur et être radié(e) des effectifs le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ou

déclare souhaiter poursuivre mon activité dans le cadre des règles de cumul en vigueur au régime général.

(si vous êtes en maladie, congés payés ..., la date à indiquer n'est pas celle de votre arrêt de travail mais la date à laquelle vous ne faites plus partie du personnel de cette entreprise).

### ► 3 – Vous n'exercez aucune activité, salariée ou non salariée :

Je soussigné(e) .....  
déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité, salariée ou non salariée, depuis le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tournez la page SVP ->

**Important** : si la première retraite de base dont vous bénéficiez prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, la reprise d'une activité salariée ou non salariée n'ouvre aucun droit supplémentaire à retraite auprès des régimes de retraite de base et complémentaire.

Si vous reprenez une activité après la date d'effet de votre retraite, vous devez le signaler par écrit à votre caisse ou vos caisses de retraite dans le mois suivant la reprise d'activité.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.**

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

En cas de fausse déclaration, les versements perçus à tort au titre de votre retraite du régime libéral seront intégralement récupérés par votre caisse de retraite.

Fait à .....

Le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre signature :

*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.*

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal).*

*En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.*