



COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

RENSEIGNEMENTS

1. Identité du Requérant

1.1. Civilité

Nom:

Prénom :

N° adhérent :

1.2. Composition du foyer fiscal

Conjoint

Enfant et si oui le nombre et leur âge

Autre

1.3. Coordonnées

Adresse où nous pouvons vous joindre pour ce dossier:

.....
.....

E-mail :

N° de téléphone:

2. Motifs de la demande

Difficultés financières Accident Maladie Invalidité

Autre(s) raison(s) :

.....
.....
.....
.....
.....

3. Objet de la requête

3.1. Régime Complémentaire et/ou Régime Invalidité Décès :

a. Régime de retraite complémentaire

- Allègement → année(s) Classe souhaitée :
- année(s) Classe souhaitée :
- Exonération → année(s) Classe souhaitée :
- année(s) Classe souhaitée :
- Etalement de l'échéancier sur mois
- Remise des pénalités → année(s)

b. Régime Invalidité-décès

- Allègement → année(s) Classe souhaitée :
- année(s) Classe souhaitée :
- Exonération → année(s) Classe souhaitée :
- année(s) Classe souhaitée :
- Etalement de l'échéancier sur mois
- Remise des pénalités → année(s)

3.2. Autre(s) (retraite anticipée, radiation, ...)

.....

.....

.....

AFIN DE PERMETTRE LE TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER, VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR OBLIGATOIREMENT :

1. Le **formulaire dûment rempli et signé**
2. Une **lettre détaillée exposant le(s) exercice(s) visé(s), la demande et ses motifs**
3. Les copies de vos **3 derniers avis d'imposition et**
 - Pour les BNC **les déclarations 2035 de l'année N-1 de votre société et personnelle**
 - Pour les SEL ou les BIC la liasse fiscale en totalité
4. Tout document susceptible d'appuyer votre demande

Certifié sincère et véritable,

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

signature