

Activités professionnelles

ACTIVITES SALARIEES OU AUTRES duau.....	joindre relevé de carrière
SERVICE NATIONAL duau.....	joindre copie du livret militaire
INSTALLATION A VOTRE PROPRE COMPTE (ou associé) duau.....	

Date de sortie de l'Ecole Vétérinaire Ecole de

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

Renseignements concernant le conjoint

NOM (en capitales d'imprimerie)
(écrire le nom de jeune fille, le faisant suivre d'époux ou d'épouse X)	
PRENOMS	Nationalité.....
Né (e) à	Département
PROFESSION
DATE DE MARIAGE.....
ENFANTS (y compris les enfants décédés)
1) né(e) le4)	né(e) le
2) né(e) le5)	né(e) le
3) né(e) le6)	né(e) le

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Demande :

- à bénéficier de mes retraites de base et complémentaire libérales qui seront liquidées à compter du premier jour du trimestre civil qui suit ma demande, dans les conditions légales en vigueur.

Date d'effet choisie : 01-01-20.... 01-04-20.... 01-07-20.... 01-10-20....

Déclare sur l'honneur :

- postuler à la retraite de base libérale qui sera liquidée à compter du premier jour du trimestre civil qui suit ma demande dans les conditions légales en vigueur.

- postuler à la retraite complémentaire de la Caisse Autonome de Retraites et de Prévoyance des Vétérinaires qui sera liquidée à compter du premier jour du trimestre civil qui suit ma demande.

Et m'engage :

- à exercer une activité libérale réduite dont le revenu tiré de cette activité ne doit pas dépasser le plafond de la Sécurité Sociale et à fournir annuellement une copie de mon avis d'impôt sur les revenus,

- à défaut, le service de ma pension sera suspendu pendant la durée qui m'aurait procuré un montant brut de pensions au titre du régime complémentaire égal au montant du dépassement,

-à régler les cotisations relatives aux régimes de retraite de base et complémentaire, sachant que celles-ci ne seront pas constitutives de droits et n'entraîneront pas de révision de ma pension,

-à cotiser au Régime Invalidité Décès dans la classe de mon choix (minimum, médium ou maximum), obligatoirement jusqu'à l'année de mon 65^{ème} anniversaire, sachant que cette cotisation ne couvrira que les garanties décès.

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 (8,30%), à la C.R.D.S (0,50%), et à la C.A.S.A (0,30%).

A

le/...../.....

Signature :

Veillez noter que sauf avis contraire de votre part, vos nom, prénom et adresse de correspondance seront communiqués à titre d'information au GNVR (Groupe National des Vétérinaires Retraités) et au CNOV (Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires). Les mises à jour qui interviendraient postérieurement à la date de transmission de ce formulaire pourront également faire l'objet d'une communication auprès de ces organismes.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la mise à jour de votre dossier auprès de la CARPV et à la transmission d'information. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés de la CARPV, 64 Avenue Raymond Poincaré, 75116 PARIS.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant et à la transmission de ces informations à des tiers. 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.

COTISATIONS EN CUMUL EMPLOI RETRAITE A REVENUS PLAFONNES

Régime de Base des Libéraux : cotisation obligatoire, sans limite d'âge tant que dure l'activité, sur les revenus de l'année n-2 avec régularisation n+2. Cette cotisation n'est pas attributive de points.

Dans le cadre du cumul emploi retraite partiel à revenus plafonnés, la cotisation provisionnelle peut-être calculée sur la base des revenus estimés de l'année sur demande écrite dans un délai de 60 jours suivant l'appel de cotisations.

ATTENTION : si les revenus estimés de cette année N s'avèrent supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés, une majoration de 5% sera appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels.

Régime de Retraite Complémentaire : cotisation obligatoire, sans limite d'âge tant que dure l'activité. La cotisation est calculée en fonction des revenus professionnels de l'année N-2 ou est calculée, **sur demande expresse à formuler au plus tard le 15 juin**, sur une estimation de revenu pour l'année en cours. Cette estimation est également prise en compte pour le calcul des cotisations du régime de base des libéraux

Régime Invalidité Décès : cotisation obligatoire au régime Invalidité Décès dans la classe de son choix (minimum, médium ou maximum), obligatoirement jusqu'à l'année de son 65^{ème} anniversaire, sachant que cette cotisation ne couvrira que les garanties décès. A défaut, la classe de cotisations reste celle de l'année N-1.

ATTENTION : si vous aviez opté pour une classe d'option médium ou maximum, l'appel se fera dans cette classe d'option sauf demande de votre part, exprimée par courrier, avant le 31 décembre de l'année N.

PIECES A JOINDRE

- Photocopie du livret de famille.
- Photocopie de la carte nationale d'identité (si vous êtes célibataire)
- Photocopie du livret militaire
- Relevé d'identité bancaire ou postal (original)
- Relevé de carrière (si vous avez eu une activité professionnelle autre que vétérinaire libéral)
- Photocopie du dernier avis d'imposition (si vous êtes non imposable)
- Déclaration de revenus ci-jointe.

Si vous souhaitez faire valoir vos droits à la retraite salariée, nous vous invitons à vous mettre en relation avec la CARSAT (Tel. 39 60) pour la retraite de base et l'ARRCO, l'AGIRC et/ou l'IRCANTEC pour les retraites complémentaires (Tel. CICAS 0 820 200 189).

Déclaration de vos revenus

Afin de nous permettre de procéder à votre radiation ou à la liquidation de votre retraite de base, nous vous prions de bien vouloir nous retourner, dans les meilleurs délais, ce document **dûment** complété, daté et signé.

Les éléments communiqués nous permettront d'effectuer la régularisation de vos cotisations et de calculer votre cotisation définitive pour l'année 2017 et 2018.

Pour votre information, conformément à la réglementation effective à compter du **1^{er} janvier 2018**, vous disposez d'un délai de **90 jours maximum** à compter de la date d'effet de votre radiation pour nous faire parvenir ces éléments. Passé ce délai, nous procéderons à la régularisation de vos cotisations sur la base de vos derniers revenus connus.

Rubrique	Montant Exercice 2017	Montant Exercice 2018
BNC * ou rémunération de gérant soumis à l'impôt sur les sociétés	€	€
+ Dividendes (<i>fraction supérieure à 10% du capital social</i>)	€	€
+ Cotisations facultatives (<i>Loi Madelin</i>)	€	€
= Assiette sociale de vos cotisations CARPV	€	€

* BNC (bénéfices non commerciaux), après application de l'abattement de 34% pour les vétérinaires en micro-BNC et prise en compte des éventuels déficits agricoles.

Je prends note que les montants déclarés ci-dessus seront utilisés pour procéder à la régularisation de mes cotisations et que leur prise en compte pourra générer :

- un appel de cotisations complémentaire en cas de régularisation positive qui devra faire l'objet d'un règlement par chèque ou virement dans les 30 jours suivant sa date d'édition.
- ou un remboursement en cas de régularisation négative, celui-ci intervenant par chèque ou virement dans les 30 jours suivant sa constatation.

Je déclare conforme les montants renseignés ci-dessus.

NOM Prénom : _____

N° Adhérent : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature :