

Activités professionnelles

<p>ACTIVITES SALARIEES OU AUTRES</p> <p>du au</p>	<p>joindre relevé de carrière</p>
<p>SERVICE NATIONAL</p> <p>du au</p>	<p>joindre copie du livret militaire</p>
<p>INSTALLATION A VOTRE PROPRE COMPTE (ou associé)</p> <p>du au</p>	

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....

Atteste sur l'honneur :

- Avoir liquidé mes pensions personnelles de retraite des régimes de base et complémentaire, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, et être entré en jouissance de mes avantages de retraite :
- Avoir l'âge légal de départ à la retraite et justifier de la durée d'assurance et des périodes reconnues équivalentes nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein au régime de base,
- Ou, avoir l'âge légal de départ à la retraite à « taux plein », et ce, quelle que soit la durée d'assurance.

M'engage :

- 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** - **Maximum**, obligatoirement jusqu'à l'année de mon 65^{ème} anniversaire, sachant que cette cotisation ne couvrira que les garanties décès.
 - Ne plus cotiser au Régime Invalidité Décès après le 31 décembre de l'année qui suit mes 65 ans

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 INTEGRAL

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 intégral, 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 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 de l'extrait des services
- 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'impôt (si vous êtes non imposable)
- Attestation sur l'honneur ci-jointe complétée, datée et signée
- Déclaration de revenus ci-jointe

Pour 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).



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

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

Nom, Prénom

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Demande à bénéficier du Cumul Emploi Retraite Intégral en vertu de l'article 88 de la loi n° 2008-1330 du financement de la sécurité sociale du 17 décembre 2008, et du décret en date du 30 décembre 2009, et en application de l'article 23 Titre II des statuts de la CARPV.

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions en vigueur mentionnées sur le formulaire de demande de cumul emploi retraite intégral.

J'atteste sur l'honneur avoir fait valoir l'ensemble de mes droits personnels auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont j'ai relevé durant toute ma carrière professionnelle et qui sont les suivants (*indiquer les noms et adresses des organismes qui vous versent une retraite*) :

Nom.....adresse

Nom.....adress.....

Nom.....adresse.....

Nom.....adresse.....

Nom.....adresse.....

Fait àLe.....

Signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114-13 et 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 cette attestation.
Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification au fichier pour les données vous concernant.

Déclaration de vos revenus

Afin de nous permettre de procéder à 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 N-1.

Pour votre information, conformément à la réglementation effective depuis le 1er 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 N-1
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 :