

Ce formulaire est à retourner si vous reprenez certaines options

à : **CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE PREVOYANCE DES VETERINAIRES**

64, avenue Raymond Poincaré – 75116 PARIS

Tél : 01 47 70 72 53 (sur la boîte vocale taper 1 - cotisations)

E-mail : service.cotisants@carpv.fr

2022

MES COORDONNEES

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

N° cotisant :

Adresse de correspondance :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

@

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

Je demande à cotiser :

En classe supérieure pour la retraite complémentaire

En classe C – 20 points – (soit une cotisation annuelle de 10 074,80 €)

En classe D – 24 points – (soit une cotisation annuelle de 12 089,76 €)

Pour une réversion à 100 % des points de retraite complémentaire sur le conjoint survivant

Je sais que cette demande d'option m'engage pour **trois ans** et sera ensuite **reconduite** tacitement pour une période d'un an, sauf révocation expresse par lettre recommandée au moins trois mois avant la fin des trois ans. Attention : il n'est pas admis de changement de classe après l'âge de 60 ans

Pour être prise en compte sur l'année **2022**, votre demande d'option au régime complémentaire doit être envoyée à la C.A.R.P.V. avant le 30 septembre 2022

RÉGIME INVALIDITÉ DÉCÈS

Je demande à cotiser :

Dans une classe supérieure pour le régime d'invalidité-décès

En classe Médium

En classe Maximum

Dans une classe inférieure pour le régime d'invalidité-décès¹

En classe Minimum

En classe Médium

Je suis informé(e) que l'option prise avant le 30 juin 2022 prendra effet le 1er janvier 2023 et que l'option prise après le 30 juin 2022 prendra effet le 1er juillet 2023 (cotisations et prestations).

Date :

Signature :

¹ Le passage dans une classe inférieure prend effet, pour le versement des cotisations et des prestations, au 1er janvier qui suit la réception de la demande