

Ce formulaire est à retourner si vous retenez certaines options

à : CAISSE AUTONOME DE RETRAITES ET DE PREVOYANCE DES VETERAIRES

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

2023

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 10 780 €)

En classe D – 24 points – (soit une cotisation annuelle de 12 936 €)

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 2023, votre demande d'option au régime complémentaire doit être envoyée à la CARPV selon les modalités prévues par les statuts de la CARPV (Art.46).

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 2023 prendra effet le 1er janvier 2024 et que l'option prise après le 30 juin 2023 prendra effet le 1er juillet 2024 (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