

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

2024

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 11 405,20 €)

En classe D – 24 points – (soit une cotisation annuelle de 13 686,24 €)

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 2024, 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-décès

En classe Minimum

En classe Médium

Information :

* Option en classe supérieure

Je suis informé(e) que l'option prise avant le 30 juin 2024 prendra effet le 1er janvier 2025 et que l'option prise après le 30 juin 2024 prendra effet le 1er juillet 2025 (cotisations et prestations).

* Option en classe inférieure

- Je suis informé(e) que l'option prise prendra effet le 1er janvier qui suit la réception de la demande

- Pour les nouvelles affiliations, le passage dans une classe inférieure prend effet à la date d'affiliation si l'option a été prise dans le mois qui suit la réception du questionnaire d'affiliation.

Date :

Signature :