

## DEMANDE DE RETRAITE

Renseignements d'Etat Civil

Code Cotisant :

NOM (en capitales d'imprimerie) .....  
(pour les femmes mariées ou veuves, écrire le nom de jeune fille suivi de femme x ou veuve x)

PRENOMS..... NATIONALITE..... SEXE.....

Né(e) le..... à..... Département.....

N° de Sécurité Sociale (13 chiffres + clé).....

Demeurant à ..... Code Postal :.....

N° et rue :..... N° téléphone : .....

Adresse e-mail .....

SITUATION DE FAMILLE    Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Divorcé(e)   
    Séparé(e) de corps     Séparé(e) de fait     Veuf(ve)

**A compléter dans le cas d'un précédent mariage du demandeur**

Nom et prénom du (ou des) précédents (s) conjoint (s) .....

Adresse actuelle.....

Date du (ou des) précédents(s) mariage (s)    Date et cause de la dissolution (divorce ou décès)

|         |       |
|---------|-------|
| le..... | ..... |
| le..... | ..... |
| le..... | ..... |

Nombre d'enfants issus des précédents mariages : .....

### INAPTITUDE EVENTUELLE DU VETERINAIRE A TOUTE ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e), nom : ..... prénom : .....  
déclare être inapte à l'exercice de toute activité professionnelle rémunérée.

Je fournis à l'appui un certificat de M. Le Docteur .....

exerçant à.....

en date du .....

**Les pièces à joindre à ce dossier sont énumérées à la quatrième page de ce formulaire**

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES DU VETERINAIRE

|  |   |
|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>ACTIVITES SALARIEES OU AUTRES</b></p> <p>du .....au.....<br/> du.....au.....<br/> du.....au.....</p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICE NATIONAL</b></p> <p>du ..... au .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ACTIVITE LIBERALE</b></p> <p>du..... au .....</p> <p>du ..... au .....</p> <p>du ..... au .....</p> | <p style="text-align: center;"><b><i>Joindre un relevé de carrière de la CARSAT<br/>et/ou de la MSA</i></b></p><br><br><p style="text-align: center;"><b><i>Joindre une copie de l'extrait de service</i></b></p><br><br><p style="text-align: center;"><b><i>Date de cessation d'activité libérale à<br/>renseigner <u>impérativement</u>.</i></b></p> |
|--|---|

Date de sortie de l'Ecole Vétérinaire ..... Ecole de .....

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

Je soussigné(e) (Nom et Prénoms) :

- déclare postuler à la retraite de base des libéraux, celle-ci ne pourra être liquidée antérieurement au premier jour du trimestre civil qui suit la date de ma cessation d'activité, ou la date de dépôt de ma demande dans les conditions légales en vigueur (complétez les dates ci-dessous) :

**Date d'effet de la retraite de base** : 1<sup>er</sup> ..... 202 (renseigner le mois et l'année)

- déclare postuler à la retraite complémentaire de la Caisse Autonome de Retraites et de Prévoyance des Vétérinaires, celle-ci ne pourra être liquidée antérieurement au premier jour du mois qui suit ma cessation d'activité, ou la date de dépôt de ma demande

**Date d'effet de la retraite complémentaire** : 1<sup>er</sup> ..... 202 (renseigner le mois et l'année)

Dans l'hypothèse où je reprendrai mon activité libérale, j'en informerai immédiatement la Caisse Autonome de Retraites et de Prévoyance des Vétérinaires, par lettre recommandée.

Les présentes déclarations sont faites sous foi du serment.

A ....., le .....

Signature

## Renseignements concernant le conjoint actuel

|  |  |
|--|--|
| NOM (en capitales d'imprimerie) .....                        |  |
| (écrire le nom de jeune fille, le faisant suivre d'épouse X) |  |
| PRENOMS .....  | Nationalité..... Sexe .....            |
| Né (e) .....   | à ..... Département .....              |
| PROFESSION .....   |  |
| Demeurant à : ..... Code Postal .....                        |  |
| N° et Rue .....  |  |
| DATE DE MARIAGE.....   |  |
| ENFANTS (y compris les enfants décédés) .....                |  |
| 1) .....   | né(e) le ..... 3) ..... né(e) le ..... |
| 2) .....   | né(e) le ..... 4) ..... né(e) le ..... |

### REGIME INVALIDITE DECES

Si vous n'exercez plus en qualité de vétérinaire libéral, ce chapitre ne vous concerne pas, car vous ne relevez pas de ce régime pour l'année en cours.

Si vous êtes assuré(e) à ce régime pour l'année en cours, **complétez les cases ci-dessous** :

Je ne désire pas cotiser au Régime Invalidité Décès après le 31 décembre de l'année de mon départ à la retraite

Je désire continuer à cotiser après le 31 décembre de l'année de mon départ à la retraite en classe :

- Minimum
- Médium
- Maximum

### REGIME LOCAL ALSACE MOSELLE

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, depuis le 1er avril 2022 une cotisation supplémentaire de 1,30% est 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%).

Date

Signature

Veuillez 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.

## PIECES A JOINDRE

- ✓ Photocopie du livret de famille,
- ✓ Photocopie de la carte nationale d'identité (*si vous êtes célibataire*),
- ✓ Relevé d'identité bancaire ou postal (**original**),
- ✓ Photocopie du livret militaire, si l'activité libérale fait suite à la période militaire,
- ✓ Relevé de carrière de la CARSAT, de la MSA ou du RSI,
- ✓ Photocopie intégrale du dernier avis d'impôt sur les revenus.  
Document à nous adresser uniquement si vous êtes non imposable, car vous pouvez être exonéré des prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA) ou de certains d'entre eux selon votre revenu fiscal de référence et le nombre de parts.
- ✓ Déclaration sur l'honneur de cessation d'activité ci-jointe
- ✓ Déclaration de revenus ci-jointe.

### **Demande de retraite à taux plein au titre de l'inaptitude au travail :**

En ce qui concerne la retraite du régime de base (ou assurance vieillesse), vous pouvez en formuler la demande en joignant à votre formulaire de demande de retraite :

- Un certificat médical motivé, établi par votre médecin, mentionnant la date de début de la maladie et comportant **un diagnostic précis, détaillé, et stipulant que le vétérinaire est inapte à l'exercice de toute activité professionnelle**. Le dossier sera ensuite adressé au Médecin contrôleur de la CARPV, et soumis à la Commission d'inaptitude de la CARPV qui statue en dernier ressort.

S'agissant de la retraite complémentaire, en application des statuts de la CARPV, les invalides reconnus inapte à l'exercice de toute activité professionnelle rémunérée peuvent demander à bénéficier de la retraite complémentaire à 60 ans sans minoration.

Pour les activités salariées, la retraite de base est liquidée par votre CARSAT, et la retraite complémentaire par l'IRCANTEC, nous vous invitons à faire votre demande sur le site info retraite <https://www.info-retraite.fr/portail-info/home.html>

**Avant de renvoyer votre demande de retraite, merci de bien vouloir vérifier que vous avez aussi complété, daté et signé la page 3 du formulaire.**

## Déclaration sur l'honneur de cessation d'activité pour percevoir la retraite

Pour percevoir ma retraite de base au régime libéral, je suis informé(e) que je dois cesser mes activités salariées et non salariées. Je complète la ou les rubriques me concernant en fonction de ma dernière situation.

### ► 1 – Vous exercez une ou plusieurs activité(s) non salariée(s) dans un ou plusieurs autre(s) régime(s) :

Je soussigné(e) .....  
exercer une ou plusieurs activité(s) relevant du ou des régime(s) (préciser le ou les régime(s)) :  
.....

déclare sur l'honneur cesser mon ou mes activité(s) le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### ► 2 – Vous exercez une ou plusieurs activité(s) salariée(s) au régime général :

Je soussigné(e) .....  
employé(e) par (nom(s) de(s) l'employeur(s) ou dénomination(s) sociale(s)) :  
.....

N° de SIRET : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

déclare sur l'honneur cesser cette activité salariée chez mon employeur et être radié(e) des effectifs  
le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ou

déclare souhaiter poursuivre mon activité dans le cadre des règles de cumul en vigueur au régime général.

*(si vous êtes en maladie, congés payés ..., la date à indiquer n'est pas celle de votre arrêt de travail mais la date à laquelle vous ne faites plus partie du personnel de cette entreprise).*

### ► 3 – Vous n'exercez aucune activité, salariée ou non salariée :

Je soussigné(e) .....  
déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité, salariée ou non salariée, depuis le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Important :

Si vous reprenez une activité après la date d'effet de votre retraite, vous devez le signaler par écrit à votre caisse ou vos caisses de retraite dans le mois suivant la reprise d'activité.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.**

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

En cas de fausse déclaration, les versements perçus à tort au titre de votre retraite du régime libéral seront intégralement récupérés par votre caisse de retraite.

Fait à .....

Le | | | | | | | | | |

Votre signature :

*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.*

## Déclaration sur l'honneur des revenus

Afin de nous permettre de procéder à liquidation de votre retraite de base et complémentaire, nous vous prions de bien vouloir nous retourner, dans les meilleurs délais, ce document dûment complété, daté et signé accompagné du résumé de déclaration de vos revenus ou votre 2035, 2042 ou une attestation comptable.

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 <sup>1</sup> 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> ) <sup>2</sup>               | €                    |
| = Assiette sociale de vos cotisations CARPV                                  | €                    |

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 virement dans les 30 jours suivant sa date d'édition.
- ou un remboursement en cas de régularisation négative, celui-ci intervenant par virement dans les 30 jours suivant sa constatation.

**Je déclare conforme les montants renseignés ci-dessus.**

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

<sup>1</sup> 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 (rubrique CE ou CF).

<sup>2</sup> (Cellules BZ+BU)