

Important: merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

1. Votre identité

Votre n° de sécurité sociale

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance):

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu; ex.: nom du ou de la conjointe):

Vos prénoms (soulignez votre prénom usuel):

Votre date de naissance

Votre nationalité:

Commune de naissance:

(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance:

Pays de naissance:

2. Vos coordonnées

Votre adresse:

Complément d'adresse (bât, esc. étage, lieu-dit):

Code postal

Commune:

Pays:

Votre adresse mail:

Votre téléphone

3. Votre situation de famille actuelle

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Depuis le

Depuis le

4. Votre conjoint(e), votre partenaire pacsé(e) ou votre concubin(e) si vous vivez en couple

Son n° de sécurité sociale

Madame Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) :

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu; ex.: nom du ou de la conjointe) :

Ses prénoms (soulignez le prénom usuel) :

Sa date de naissance

Sa nationalité :

Commune de naissance :

(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance : Pays de naissance :

5. Vos enfants et ceux que vous avez élevés*

Mentionnez tous les enfants: les vôtres, ceux de votre conjoint(e), ou de votre (vos) précédent(e)s, conjoint(e)s, les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés. Si vous n'avez pas assez de place dans le tableau, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Nombre d'années de prise en charge jusqu'au 16 ^e anniversaire
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avez-vous eu à votre charge un ou plusieurs enfant(s) handicapé(s)* ? Oui Non

Si oui, précisez combien

6. Les adultes handicapés que vous avez eus à votre charge permanente*

Avez-vous eu à votre charge permanente un ou plusieurs adulte(s) handicapé(s)* ? Oui Non

Si oui, précisez combien

et indiquez la période de prise en charge : du au

Réservé au conseiller retraite

1^{re} intervention le

demande délivrée le réception le

Je soussigné(e) certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur sa nationalité, son état civil, celui de son(sa) conjointe, de son partenaire de pacs ou de son(sa) concubin(e) celui des (nombre en toutes lettres) enfants mentionnés ci-dessus.

Signature du conseiller retraite :

Fait le

Cachet de l'organisme :

7. Votre date de départ à la retraite*

À quelle date souhaitez-vous partir à la retraite ? | | | |

À la date choisie pour votre départ à la retraite, avez-vous demandé toutes vos retraites personnelles de base et complémentaires pour l'ensemble de vos activités en France et dans d'autres pays ? **Oui** **Non**

Si non, précisez les régimes de retraite auprès desquels vous n'avez ou n'aurez pas fait de demande

Si vous êtes veuf(ve), avez-vous ou aurez-vous demandé toutes vos retraites de réversion de base et complémentaires ? **Oui** **Non**

8. La cessation de vos activités*

À la date choisie pour votre départ à la retraite, avez-vous ou aurez-vous cessé toutes vos activités professionnelles ? **Oui** **Non**

Si non, quelle(s) activité(s) souhaitez-vous maintenir dans le cadre du cumul emploi-retraite (consultez votre conseiller retraite pour connaître les possibilités de cumul) ?

9. Êtes-vous dans l'une des situations suivantes* ?

■ Reconnu(e) inapte au travail **Oui** **Non**

■ Handicapé(e) (sous certaines conditions) **Oui** **Non**

■ Ancien(ne) combattant(e), prisonnier(e) de guerre, déporté(e) ou interné(e) **Oui** **Non**

■ Mère de famille d'au moins 3 enfants, ayant exercé un travail manuel ouvrier **Oui** **Non**

■ Avez-vous interrompu votre activité professionnelle en tant qu'aidant familial ou de tierce personne d'une personne handicapée ? **Oui** **Non**

10. Avez-vous un « Compte professionnel de prévention »* **Oui** **Non**

11. Exercez-vous ou avez-vous exercé une activité professionnelle dans d'autres pays que la France ? (Si vous manquez de place, merci d'utiliser une feuille blanche que vous joindrez à cette demande) : **Oui** **Non**

Période dans ce pays :

du | | | | | au | | | | |

Activité exercée :

Lieu de l'emploi :

Pays :

Votre n° de cotisant(e) :

Période dans ce pays :

du | | | | | au | | | | |

Activité exercée :

Lieu de l'emploi :

Pays :

Votre n° de cotisant(e) :

12. Par quel organisme de sécurité sociale vos dépenses de santé sont-elles prises en charge ?

Cnam Organismes conventionnés Sécurité sociale indépendants MSA

Autre organisme français, précisez

Organisme étranger, précisez

13. Avez-vous déjà demandé ou percevez-vous actuellement une des prestations suivantes ?

Oui Non Si oui, indiquez lesquelles :

Retraite

- retraite personnelle
- retraite de réversion
- allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)
- préretraite agricole
- allocation temporaire Retrep (enseignement privé)
- allocation temporaire Atca (enseignement agricole privé)

Handicap – Invalidité

- allocation aux adultes handicapés (AAH)
- allocation compensatrice pour tierce personne
- prestation de compensation du handicap
- allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- allocation des travailleurs de l'amiante
- pension d'invalidité

Solidarité

- allocation chômage
- RSA - revenu de solidarité active

Précisez ci-dessous, pour chaque prestation demandée ou actuellement perçue

Nom de l'organisme payeur :

Nom de l'organisme payeur :

Son adresse :

Son adresse :

Code postal

Code postal

Commune :

Commune :

Nature de votre prestation :

Nature de votre prestation :

N° de dossier :

N° de dossier :

Date d'attribution de votre prestation

Date d'attribution de votre prestation

ou demande en cours

ou demande en cours

Nom de votre conjoint décédé s'il s'agit d'une retraite de réversion :

Nom de votre conjoint décédé s'il s'agit d'une retraite de réversion :

Si vous manquez de place, merci d'utiliser une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

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

Je m'engage :

- à faciliter toute enquête pour les vérifier ;
- à vous faire connaître toute modification de ma situation.

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.

Fait à : le

Votre signature :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. 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 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Vous venez de remplir votre demande de retraite personnelle. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement transmettre les pièces justificatives détaillées sur la notice.