



Votre caisse  
de retraite

CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES OFFICIERS MINISTÉRIELS, DES OFFICIERS PUBLICS ET DES COMPAGNIES JUDICIAIRES

## REGIME COMPLEMENTAIRE

### DEMANDE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

#### **I - RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT**

N° ADHERENT :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille : ..... Situation de famille : .....

Date de naissance :

Nombre d'enfants : .....

Adresse :

N° de téléphone : .....

N° de Sécurité Sociale :

#### **II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_

**A sa réception, ce document sera traité par système de gestion électronique.  
Remplissez-le clairement, sans surcharge ni rature.**

**T.S.V.P. →**

**III - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE**

**● Avec cessation de toute activité professionnelle :**

➔ Vous êtes médicalement inapte au travail .....

➤ indiquez :

œ la date de la cessation de toute activité professionnelle : \_\_\_\_\_  
et

œ la date de l'arrêté de démission de vos fonctions : \_\_\_\_\_

**● Avec cessation de toute activité relevant de la C.A.V.O.M. :**

➔ **A taux plein**, vous avez 65 ans .....

➔ **Avec abattement définitif de 5% par année d'anticipation**, vous avez entre 60 et 65 ans : .....

➤ indiquez :

œ la date de la cessation de l'activité professionnelle : \_\_\_\_\_  
ou

œ la date de l'arrêté de démission de vos fonctions : \_\_\_\_\_

**● Avec maintien de l'activité relevant de la C.A.V.O.M.**

➔ Vous avez 70 ans .....

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions suivantes :

La cotisation est du sans limite d'âge tant que dure l'activité professionnelle.

Lorsque l'adhérent poursuit son activité après la liquidation de la retraite, il est redevable de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 6 des statuts.

Cette cotisation, qui ne comporte pas d'attribution de points est retenue par quart sur les arrérages de chaque trimestre de retraite.

Fait à :

Le :

**Signature :**

*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme d'assurance vieillesse.*

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 313-1, 313-3 433-19, 441-1 et 441-7 du Code Pénal).*