

**DEMANDE DE RACHAT DES TRIMESTRES EXONERES DE COTISATION (DEBUT D'ACTIVITE AVANT 2004)
REGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE DES PROFESSIONS LIBERALES**

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Numéro d'affiliation CAVEC : _____

NOM DE FAMILLE : _____
(nom de naissance)

Prénom : _____

NOM D'USAGE : _____
(s'il y a lieu)

Date de naissance :

Lieu de naissance : _____

N° de Sécurité sociale :

ADRESSE (Cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier)

Adresse personnelle : N° et nom de la voie : _____

Code postal : Commune : _____

Adresse professionnelle : Nom de la société : _____

N° et nom de la voie : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Professionnel
Personnel :

Fax :
E - mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE RACHAT

je souhaite racheter trimestres (8 trimestres au maximum).

au titre des années de cotisations exonérées : _____ - _____

je suis radié(e) de la CAVEC et je certifie sur l'honneur ne pas être affilié(e) à une autre section professionnelle de la CNAVPL*

je relève d'une section professionnelle de la CNAVPL

je déclare mes revenus professionnels (activité CAVEC ou autre section professionnelle de la CNAVPL) :

- mes revenus professionnels 20__ :€
- mes revenus professionnels 20__ :€
- mes revenus professionnels 20__ :€

je certifie ne pas recevoir de pension de retraite de base de la part de la CNAVPL
* Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CARRIERE

ACTIVITES EXERCEES	PERIODES	NOM ET ADRESSE DES ORGANISMES DE RETRAITE AUXQUELS VOUS AVEZ COTISE
<input type="checkbox"/> Salarié Régime Général	du au	
<input type="checkbox"/> Salarié ou non salarié agricole	du au	
<input type="checkbox"/> Commerçant RSI (ORGANIC)	du au	
<input type="checkbox"/> Artisan RSI (AVA)	du au	
<input type="checkbox"/> Profession libérale	du au	
<input type="checkbox"/> Autres régimes : (Fonctionnaires, SNCF, EDF-GDF, Militaires...)	du au	

Je joins un relevé de carrière portant année par année, la validation des organismes de Sécurité sociale où j'ai cotisé.

Fait à, le/...../.....

Signature :

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

· 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.