



EXPERTS-COMPTABLES
COMMISSAIRES AUX COMPTES

Votre caisse
de retraite

REGIME COMPLEMENTAIRE

DEMANDE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Date d'effet du droit :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

N° ADHERENT : EC C2

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Situation de famille :

Date de naissance : .././....

Nombre d'enfants :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de Sécurité Sociale :

VOTRE DEMANDE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

● A taux plein:

➔ Parce que vous avez 65 ans

➔ Parce que vous êtes médicalement inapte au travail.....

● Avec abattement:

➔ Parce que vous avez entre 60 et 65 ans

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).