



CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES CHIRURGIENS DENTISTES ET DES SAGES-FEMMES

50 avenue Hoche - 75381 PARIS Cedex 08
Tél : 01 40 55 42 42 - Fax : 01 42 67 43 70 - www.carcdsf.fr

INTERNET/LQ01DI

DEMANDE DE RETRAITE

Identité	N° adhérent :
Nom Prénom :	
Né(e) le :	
N° de sécurité sociale :	

Demande de Retraite dans les régimes	
<input type="checkbox"/> Régime de Base	à la date d'effet du :
<input type="checkbox"/> Régime Complémentaire	à la date d'effet du :
<input type="checkbox"/> Prestations Complémentaires de Vieillesse ..	à la date d'effet du :

Cochez la case correspondant à votre demande :
<input type="checkbox"/> Je cesse mon activité libérale à la date du : ___ / ___ / _____
<input type="checkbox"/> J'opte pour le Cumul Emploi Retraite Intégral : car je poursuis mon activité professionnelle libérale et remplis les conditions stipulées dans la notice "CUMUL EMPLOI RETRAITE" ci-jointe
<input type="checkbox"/> J'opte pour le Cumul Emploi Retraite Partiel : car je poursuis mon activité professionnelle libérale et je ne remplis pas les conditions du "Cumul Emploi Retraite Intégral"

Renseignements Complémentaires	
==> Nombre d'enfants ___	
==> Service Militaire (*)	
Date d'incorporation : ___ / ___ / _____	Date de libération du corps armé : ___ / ___ / _____
==> Vous avez exercé une autre activité -salarisée ou autre- (*)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
IMPORTANT : Demandez d'ores et déjà votre relevé de carrière	

A réception vous recevrez un dossier de retraite, avec un état de vos droits et un document d'appel de cotisations recalculées en fonction de cette nouvelle situation.

A	Le	Signature
---------	----------	-----------------

(*) Les justificatifs : copies du livret militaire (ou similaire) et relevé de carrière sont à joindre à cette demande.