



DEMANDE DE RACHAT

Années d'études supérieures Années d'activité professionnelle Régime de base des professionnels libéraux

Merci de remplir ce formulaire en noir, majuscules et avec les accents

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement accompagner votre demande des pièces justificatives indiquées dans la notice jointe.

► Date de la demande

Précisez la date à laquelle vous envisagez de demander votre retraite avant l'âge du taux plein :**

Cette précision nous est nécessaire pour mieux répondre à votre demande d'évaluation mais ne vaut pas demande de retraite.

**En vertu de l'article D-643-9-1 du code de la sécurité sociale, le bénéficiaire du dispositif du rachat est limité aux personnes n'ayant pas atteint l'âge du taux plein à la date à laquelle elles présentent la demande de versement et dont la pension de retraite dans le régime de base des professions libérales n'a pas été liquidée à cette date.*

► Votre identité

N° de sécurité sociale* :

N° d'adhérent CARCDSF :

Madame*

Monsieur*

Nom de jeune fille* :

Nom de famille :

Prénoms :

Date de naissance* :

Nationalité :

Commune de naissance (indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille) :

Département :

Pays :

• Adresse professionnelle* :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

• Adresse personnelle :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

• **Date d'obtention du diplôme** :**

* Champs obligatoires

** Champs obligatoires . A défaut de complétude, la CARCDSF ne pourra traiter votre demande de rachats.

► Vos enfants et ceux que vous avez élevés

• **Mentionnez tous les enfants :**

Les vôtres, ceux de votre conjoint ou de votre (ou vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés, y compris les enfants mort-nés ou décédés.

• **Indiquez pour chaque enfant :**

La (les) période(s) durant laquelle (lesquelles) vous l'avez élevé depuis sa naissance ou sa date d'adoption ou sa prise en charge effective jusqu'à son seizième anniversaire.

Nom de famille de l'enfant*	Prénom	Date de naissance	Date de décès	Lien de parenté	Période durant laquelle vous avez élevé cet enfant jusqu'à 16 ans
					Du _____ au _____
					Du _____ au _____
					Du _____ au _____
					Du _____ au _____

* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

► Vous avez actuellement des enfants à charge

Une majoration peut vous être versée sous certaines conditions.

Nom de famille de l'enfant*	Prénom	Date de naissance	Percevez-vous des prestations d'orphelin servies par un régime de retraite de base ?	
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

► Votre service national

Avez-vous accompli votre service national ?

Oui

Indiquez les périodes : Du _____ au _____

Non

Du _____ au _____

► Vos ressources en France et/ou à l'étranger

Si vous avez perçu des salaires et/ou des revenus professionnels libéraux, indiquez pour les trois années civiles suivantes les montants annuels bruts après réintégration des sommes versées au titre de la loi Madelin :

	2022	2023	2024
Revenus professionnels salariaux			
Bénéfices non commerciaux			

► Versement au titre des années d'études supérieures

• Avez-vous cotisé à un régime de retraite obligatoire français autre que la CARCDSF immédiatement après l'obtention du dernier de vos diplômes ?⁽¹⁾

Oui

Dans quel(s) régime(s) ? : _____

Dans quel pays ? : _____

Indiquez les périodes : Du _____ au _____

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Non

⁽¹⁾ Les études supérieures dans les classes préparatoires et les grandes écoles sont assimilées à des diplômes.

- Postérieurement à l'obtention de vos diplômes, avez-vous été affilié(e) simultanément à plusieurs régimes de retraite obligatoires français ?

Oui

Dans quel(s) régime(s) ? _____

Dans quel pays ? _____

Indiquez les périodes : Du _____ au _____
Du _____ au _____
Du _____ au _____Non

- Avez-vous cotisé à un régime obligatoire français ou étranger durant vos années d'études ?

Oui

Dans quel(s) régime(s) ? _____

Dans quel pays ? _____

Indiquez les périodes : Du _____ au _____
Du _____ au _____
Du _____ au _____Non

- Dans quel(s) pays avez-vous effectué vos études supérieures ?

France Étranger

Dans quel pays ? _____

- Précisez ci-dessous les périodes de scolarité que vous souhaitez racheter

<i>Nom et adresse des établissements dans lesquels vous avez effectué vos études supérieures et diplômes obtenus</i>	<i>Périodes de scolarité que vous souhaitez racheter</i>	<i>Précisez l'activité professionnelle éventuelle que vous avez exercé durant les périodes de scolarité que vous souhaitez racheter</i>
	Du _____ au _____	

► Avez-vous racheté des trimestres au titre des périodes de stage en entreprise ?

(Pour les adhérents ayant été affiliés au régime général et ayant eu la possibilité de racheter deux trimestres de stage).

Oui

Nombre de trimestres rachetés :

Date du rachat :

Non

► Versement au titre de vos années incomplètes

Les années incomplètes qui ouvrent droit à rachat sont les années d'activité professionnelle pour lesquelles vous n'avez pu cotiser suffisamment pour valider quatre trimestres par an.

Vous devez avoir été immatriculé au régime de base des professions libérales au titre des années que vous souhaitez racheter.

A réception de votre demande et au regard, le cas échéant, des trimestres que vous aurez validés dans les autres régimes, nous serons en mesure de vous indiquer avec précision les années d'activité professionnelle que vous pouvez racheter.

Si vous avez exercé une activité professionnelle autre que celle de chirurgien dentiste ou de sage-femme ou si vous avez travaillé comme salarié(e) durant vos études, vous devez impérativement nous adresser le ou les relevés de carrière correspondant à ces activités auprès des régimes d'affiliation concernés.

A défaut de réception de ces documents, votre demande ne pourra pas être étudiée.

► Signature

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

Je m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et 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 :

Signature :

Le :

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 L.114-13 du code de la Sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti 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.

► Partie réservée aux services de la CARCDSF

Date de réception de la demande :

A défaut d'indication dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, lorsqu'elle est recevable, la demande est réputée rejetée.

Les données transmises par le biais de ce formulaire sont destinées à la CARCDSF (Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages-Femmes) en sa qualité de responsable de traitement, aux fins de vous permettre de racheter des trimestres de cotisations. Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique de traitement de vos données personnelles au sein de votre « Notice d'affiliation » vous ayant été remise lors de votre affiliation à la CARCDSF ainsi que dans l'espace « information RGPD » disponible sur votre espace adhérent sur son site internet www.carcdfs.fr. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer l'un de ces droits, merci d'effectuer votre demande par e-mail à l'adresse suivante : rgpd@carcdfs.fr ou par courrier postal en écrivant à DPO – CARCDSF 50 Avenue Hoche, 75381 Paris – Cedex 08.