

DEMANDE DE LIQUIDATION DE PENSION CNRACL

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

COLLECTIVITE :

Nom de la Personne en charge du dossier :

 :

Mail :

Numéro SIRET de la Collectivité :

.....

IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

NOM PATRONYMIQUE :

NOM d'USAGE :

Prénom :

N° Sécurité Sociale (15 chiffres) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : Le/...../.....

à

 :

Mail :

ADRESSE :

.....

Service militaire : OUI : période du au

NON

Le demandeur est-il imposable :

Situation matrimoniale : Marié (e)

Divorcé (e)

SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade :
.....

Catégorie Active :

Catégorie Sédentaire :

Nouvelle Bonification Indiciaire : OUI NON

Bénéfice d'une Allocation Temporaire Invalidité :

OUI => Numéro ATIACL :

NON

DEMANDE DE PENSION

DATE DE RADIATION SOUHAITEE :

DATE DU COURRIER DE DEMANDE DE PENSION :

AGE LEGAL

DEPART ANTICIPE

Carrière longue

Catégorie Active

Fonctionnaire handicapé

RETRAITE POUR INVALIDIDITE

PENSION DE REVERSION

