



**QUESTIONNAIRE A REMETTRE AU SERVICE GESTIONNAIRE DE VOTRE COLLECTIVITE,
ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES,
DANS LE CADRE DE L' INSTRUCTION (OU LE CONTRÔLE) DE VOTRE DOSSIER DE
RETRAITE.**

★ Questionnaire valable pour toute demande de pension ★

1) RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT:

- **NOM ET PRENOM :**
- **DATE DE NAISSANCE :**
- **DATE DE DEMANDE DE PENSION CNRACL :** **DATE D'EFFET :**
- **DATE DE DEMANDE DE PRESTATION RAFP :** **DATE D'EFFET :**
- **N.I.R. (avec clé) :**
- **N° AFFILIATION CNRACL :** **DATE(S) D'AFFILIATION :**
- **TYPE DE DEMANDE DE PENSION :**
 - normale
 - carrière longue
 - 15 ans + 3 enfants
 - pour invalidité
 - de réversion
- **VOTRE CONJOINT EST-IL RECONNU INAPTE A L'EXERCICE D'UNE PROFESSION QUELCONQUE ⁽¹⁾ ?**
- **AVEZ-VOUS EFFECTUE DES SERVICES D'ETAT ⁽¹⁾ ?** si oui, du au
- **AVEZ-VOUS VALIDE DES SERVICES ⁽¹⁾ ?** si oui, du au
- **AVEZ-VOUS RACHETE DES PERIODES D'ETUDES SUPERIEURES ⁽¹⁾ ?**
- **AVEZ-VOUS SURCOTISE A LA CNRACL (temps partiel, temps non complet, handicapé à 80%) ⁽¹⁾ ?**
.....
- **AVEZ-VOUS PERCU UNE INDEMNITE DE SOINS AUX TUBERCULEUX ⁽¹⁾ ?**
..... si oui, du au
- **AVEZ-VOUS EFFECTUE VOTRE SERVICE MILITAIRE ⁽²⁾ ?**
..... si oui, du au
- **AVEZ-VOUS DES SERVICES BONIFIES (bénéfices de campagne, dépaysement pour services civils hors Europe, stage professionnel exigé pour se présenter au concours par lequel les professeurs d'enseignement technique ont été recrutés, services aériens ou sous-marins commandés) ⁽¹⁾ ?**
..... si oui, du au

- **ETES-VOUS IMPOSABLE ⁽³⁾ ?**
- **BENEFICIEZ-VOUS D'UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE ⁽¹⁾ ?**
si oui, n° ATIACL ^(avec clé) :
- **PRESENTEZ-VOUS UNE INCAPACITE PERMANENTE AU MOINS EGALE A 80% ⁽¹⁾ ?**
- **ETES-VOUS RECONNU INAPTE A L'EXERCICE D'UNE PROFESSION QUELCONQUE ⁽¹⁾ ?**
.....
- **ETES-VOUS UN ANCIEN SAPEUR POMPIER PROFESSIONNEL RECLASSE** (pour accident de service ou maladie d'origine professionnelle) ⁽¹⁾ ?
- **ETES-VOUS TITULAIRE D'UNE PENSION CIVILE D'UN AUTRE REGIME SPECIAL ⁽¹⁾ ?**
.....
- **PERCEVEZ-VOUS DES ALLOCATIONS CHÔMAGE ⁽¹⁾ ?**
- **ETES-VOUS DESTINATAIRE ⁽⁴⁾ ? :**
 - o du courrier :
 - o du paiement :

2) **VOS ENFANTS** ⁽⁵⁾ (à renseigner pour chacun des enfants):

- **DATE DE NAISSANCE :** **DATE DE DECES :**
- **PERIODES A CHARGE :** du au
- **PERIODES A CHARGE SUPPLEMENTAIRES ⁽¹⁾ :** du au
- **L'ENFANT PEUT-IL OUVRIR DROIT A BONIFICATION POUR ENFANT NE PENDANT LES ETUDES ⁽¹⁾ ?**
- **L'ENFANT EST-IL INFIRME ⁽¹⁾ ?**

Fait à le

(Signature de l'agent)

(1) : dans l'affirmative, fournir les justificatifs correspondants

(2) : si réponse positive, fournir un état signalétique des services récent

(3) : si réponse négative, fournir une copie de l'intégralité de l'avis de non-imposition (année n-2 / date de radiation des cadres)

(4) : si réponse négative, compléter la fiche de renseignements concernant le tuteur (ou curateur)

(5) : si nécessaire, joindre une feuille qui récapitule les réponses concernant tous les enfants