



**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 RAFFP :** **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, dépassement 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⁾ ?** :
 - du courrier :
 - 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