

M Identification de l'ayant-cause de l'agent décédé

M0 _____

M1 Nom de famille : _____

M3 _____

M4 Prénom : _____

M5 _____

M6 NIR : _____ **M7** Date de naissance : _____

M8 _____

M9 _____

M10 Dernière adresse connue :

Appartement ou boîte aux lettres, escalier, couloir, étage ou chez.

 Résidence, bâtiment, immeuble, tour, entrée.

 Rue, avenue, boulevard, cours, allée, impasse, chemin.

 Lieu-dit ou service particulier de distribution : poste restante, cidec, secteurs postaux militaires.

 Code postal. Bureau distributeur.

N Allocation temporaire d'invalidité

N1 L'agent bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité ? Oui • Non

N2 Numéro d'ATIACL : _____

R Services militaires

R1	R2	R3
Type*	Date de début	Date de fin
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT
auprès du régime général et de l'IRCANTEC

Notice explicative en ligne :
www.cnracletraitements.fr/employeur/carriere/retablissement-au-regime-general

Ce formulaire doit être établi exclusivement en euros.

A Identification du dernier employeur **A1** SIRET : _____

A2 Désignation : _____

A3 _____

A4 Le dossier est-il transmis par l'intermédiaire d'un centre de gestion? Oui • Non

A5 Personne à contacter : _____
 E- mail : _____
 Téléphone : _____ Télécopie : _____

B Identification de l'agent concerné

B1 NIR : _____ **B2** NAF : _____

B3 _____

B4 Nom de famille : _____

B6 _____

B7 Prénom : _____

B8 _____

B9 Date de naissance : _____ **B10** _____ **B11** _____

B12 _____

B13 _____

B14 Dernière adresse connue : (Ne pas remplir en cas de décès)

Appartement ou boîte aux lettres, escalier, couloir, étage ou chez.

 Résidence, bâtiment, immeuble, tour, entrée.

 Rue, avenue, boulevard, cours, allée, impasse, chemin.

 Lieu-dit ou service particulier de distribution : poste restante, cidec, secteurs postaux militaires.

 Code postal. Bureau distributeur.

C En cas de décès de l'agent

C1 Date de décès : _____

C2 Existe-t-il au moins un ayant-cause, bénéficiaire d'un droit à pension de réversion auprès du régime général? Oui ➔ Compléter les pages 1 à 4
 Non ➔ Compléter la page 1 et le cadre N de la page 4

Comment adresser votre dossier ?

Le dossier, accompagné des pièces justificatives, doit être **uniquement** adressé à :

Caisse des dépôts et consignations
 Monsieur le Directeur Général
 CNRACL
 6 place des Citernes - 33059 Bordeaux Cedex

Les collectivités adhérentes à un centre de gestion de la fonction publique territoriale doivent faire transiter le dossier par cet organisme.

Rappel : Merci de faire compléter les pages 2 et 3 par chacun des employeurs (collectivités territoriales, établissements hospitaliers ou administrations de l'État), concomitants ou successifs de votre agent.
Merci de nous les transmettre accompagnées des pièces justificatives.

E Identification de l'agent concerné

E1 NIR : _____ **E2** NAF : _____ **E3** Nom de famille : _____

F Carrière effectuée dans la fonction publique (territoriale, hospitalière, d'État) Indiquer ici les services de stagiaire ou de titulaire.

F0 Date d'entrée : _____ **F1** Désignation de l'employeur : _____

F2 SIRET : _____

F3 Date du premier jour cotisé : _____ **F4** Date du dernier jour payé : _____ **F5** Date de radiation des cadres : _____ **F6** Motif* : _____

Les données qui restent identiques ne sont à indiquer qu'une seule fois

Situations emploi / grade successives	Détail de la carrière de l'agent année par année	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22		F23	F24	F25	F26	F27	F28	F29	F30
		Année	Date début	Date fin	Qualité*	Position*	Taux de rémunération de la position	Type agent*	Echelon*	Indice brut (ou TBA en euro si périodes antérieures au 1 ^{er} juin 1968)	Indice brut minimum (si perçu)	DHEG		DHP	DHA	Modalité exercice*	Taux d'activité de la modalité d'exercice	Rémunération brute totale hors supplément familial* (Assiette IRCANTEC)	Points NBI mensuel	Prime AS	CTI
F7 Emploi/grade détenu											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7 Emploi/grade détenu											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7 Emploi/grade détenu											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>							€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Validation de services non titulaire

Détail des périodes validées année par année	G6	G7	G8	G9	G10	G11
	Type	Année	Date début	Date fin	Taux d'activité de la modalité d'exercice	Rémunération brute totale hors supplément familial* (Assiette IRCANTEC)
G1						€
G2						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€

Cotisations rétroactives versées pour validation de services au jour de la radiation des cadres.

G3 Retenues
_____ €

G4 Contributions
_____ €

H Régularisation de cotisations (services de stagiaire ou de titulaire)

Correspondant à des périodes déclarées dans le cadre F.

H1 _____
H2 _____

Cotisations versées pour la régularisation de service au jour de la radiation des cadres.

H3 Retenues _____ € **H4** Contributions _____ €

L Certification de la déclaration

Le représentant de la collectivité certifie l'exactitude des renseignements contenus dans le présent document.

À _____, le _____
Signature et cachet :

*voir code dans la notice