



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES DES AGENTS
DES COLLECTIVITES LOCALES

Demande de remboursement de **cotisations
rétroactives** versées à tort à la CNRACL

Tél. : 09 70 80 93 29

Modèle R2

<u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR</u>	<u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT</u>
Nom :	Nom de famille
Adresse :	Prénom
N° contrat CNRACL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° Sécurité Sociale. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
N° Siret _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<u>Affaire suivie par</u>	
Nom	
Téléphone	
Courriel	

Périodes validées :

Montant du remboursement demandé (en lettres) :

Le représentant de la collectivité certifie sincère et véritable le présent état (page 1 et tableaux simplifiés) et demande que le remboursement soit effectué sur le compte ouvert auprès du comptable public du trésorier de la collectivité, dont RIB ci-joint.

Fait à _____, le _____

(Signature, qualité et cachet du représentant de la collectivité)

Pièces à joindre obligatoirement :

- Factures
- Bulletins de salaire pour la période à rembourser
- Copie des mandats
- Relevé d'identité bancaire

Modèle R2

REFERENCE DES MANDATS	COTISATIONS EFFECTIVEMENT VERSEES		COTISATIONS QUI AURAIENT DU ETRE VERSEES		MONTANT A REMBOURSER
	<i>Date de versement à la CNRACL</i>	<i>Retenues</i>	<i>Contributions</i>	<i>Retenues</i>	
TOTAUX	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Retenues CNRACL (1-3) :

Contributions CNRACL (2-4) :