



Prénoms :

M

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

M1

Nom de famille :

M4

Prénom :

M6

NIR :

M7

Date de naissance :

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, cix, 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



CNRACL
La retraite des fonctionnaires
territoriaux et hospitaliers

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

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

Ce formulaire doit être établi exclusivement en euros.

A

Identification du dernier employeur

A1

SIRET:

A2

Désignation:

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 :

B4

Nom de famille :

B7

Prénom :

B9

Date de naissance :

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, cix, 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 peuvent 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 : (si connu) **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

<div> <div>Situations emploi / grade successives</div> <div>Détail de la carrière de l'agent année par année</div> </div>		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)	Heures	Minutes	Heures	Minutes	Heures	Minutes	Modalité exercice*	Taux d'activité de la modalité d'exercice	Rémunération brute totale hors supplément familial	Points NBI mensuel	Prime AS	CTI
F7											<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"/>
											<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"/>

[illegible][illegible]

G Validation de services non titulaire	
1	Validation de services non titulaire

[illegible]

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

Correspondant à des périodes déclarées dans le cadre F.

H1	N° du dossier	
H2	Date du décompte	

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

L Certification de la déclaration

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

[illegible]

Signature et cachet :

*voir code dans la notice