Reconstitution
de carrière à valider

agirc
RETRAITE DES CADRES

Le

N° de Sécurité sociale :
Date de naissance :

Objet : votre retraite complémentaire Agirc

Voici la reconstitution de votre carrière, telle que nous la connaissons. Merci de bien vouloir vérifier ces éléments. Pour les périodes non renseignées ou à modifier, veuillez remplir l'imprimé « Périodes de carrière à compléter ». Vous pouvez également rectifier dans ce tableau les dates et les noms des entreprises. Le présent imprimé est à nous renvoyer signé à l'adresse indiquée ci-après.

Période		Activité ou nature de la période - Employeur	Points
Début jj/mm/aaaa	Fin jj/mm/aaaa		

Valeur annuelle du point au

Total des points

Adresse à laquelle ce document doit être retourné

Le ..... à .....

Signature

01/06

Ce document est délivré en l'état des informations détenues et de la réglementation en vigueur à ce jour. Les fichiers dans lesquels figurent les renseignements communiqués sur ce document sont soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés. Vous disposez en particulier d'un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives vous concernant.

Reconstitution
de carrière à valider

agirc
RETRAITE DES CADRES

Le

N° de Sécurité sociale :
Date de naissance :

Objet : votre retraite complémentaire Agirc

Voici la reconstitution de votre carrière, telle que nous la connaissons. Merci de bien vouloir vérifier ces éléments. Pour les périodes non renseignées ou à modifier, veuillez remplir l'imprimé « Périodes de carrière à compléter ». Vous pouvez également rectifier dans ce tableau les dates et les noms des entreprises. Le présent imprimé est à nous renvoyer signé à l'adresse indiquée ci-après.

Période		Activité ou nature de la période - Employeur	Points	
Début jj/mm/aaaa	Fin jj/mm/aaaa		Tranche B	Tranche C
Valeur annuelle du point au		**Total des points**		

Adresse à laquelle ce document doit être retourné

Le ..... à .....

Signature

01/06

Ce document est délivré en l'état des informations détenues et de la réglementation en vigueur à ce jour. Les fichiers dans lesquels figurent les renseignements communiqués sur ce document sont soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés. Vous disposez en particulier d'un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives vous concernant.

Reconstitution
de carrière à valider

agirc
RETRAITE DES CADRES

Le

N° de Sécurité sociale :
Date de naissance :

Objet : votre pension de réversion Agirc

Voici la reconstitution de carrière, telle que nous la connaissons. Merci de bien vouloir vérifier ces éléments. Pour les périodes non renseignées ou à modifier, veuillez remplir l'imprimé « Périodes de carrière à compléter ». Vous pouvez également rectifier dans ce tableau les dates et les noms des entreprises. Le présent imprimé est à nous renvoyer signé à l'adresse indiquée ci-après.

Période		Activité ou nature de la période - Employeur	Points
Début jj/mm/aaaa	Fin jj/mm/aaaa		
Valeur annuelle du point au		**Total des points**	

Adresse à laquelle ce document doit être retourné

Le ..... à .....

Signature

01/06

Ce document est délivré en l'état des informations détenues et de la réglementation en vigueur à ce jour. Les fichiers dans lesquels figurent les renseignements communiqués sur ce document sont soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés. Vous disposez en particulier d'un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives vous concernant.

Reconstitution
de carrière à valider

agirc
RETRAITE DES CADRES

Le

N° de Sécurité sociale :
Date de naissance :

Objet : votre pension de réversion Agirc

Voici la reconstitution de la carrière, telle que nous la connaissons. Merci de bien vouloir vérifier ces éléments. Pour les périodes non renseignées ou à modifier, veuillez remplir l'imprimé « Périodes de carrière à compléter ». Vous pouvez également rectifier dans ce tableau les dates et les noms des entreprises. Le présent imprimé est à nous renvoyer signé à l'adresse indiquée ci-après.

Période		Activité ou nature de la période - Employeur	Points	
Début jj/mm/aaaa	Fin jj/mm/aaaa		Tranche B	Tranche C
Valeur annuelle du point au		**Total des points**		

Adresse à laquelle ce document doit être retourné

Le ..... à .....

Signature

01/06

Ce document est délivré en l'état des informations détenues et de la réglementation en vigueur à ce jour. Les fichiers dans lesquels figurent les renseignements communiqués sur ce document sont soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés. Vous disposez en particulier d'un droit d'accès et de rectification sur les informations nominatives vous concernant.