**Audit Retraite**

**Renseignements Vous concernant :**

Madame ❑ Monsieur ❑

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse personnelle :

Ville : Code postal :

Tél. Pers. : . Tél. Prof. : Email :

Service militaire :

**Activité Professionnelle :**

Salarié : Employeur actuel :

Commerçant :

Artisan :

Profession Libérale :

Autre :

**Votre Situation Actuelle :**

Historique de votre parcours professionnel et de vos régimes d’affiliation :

Particularités :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOTRE REVENU ANNUEL** |  | **Année précédente** |  | **Année en cours** | |
|  |  |  |  |  |
| **Salariés | Vos revenus professionnels annuels bruts** |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
| **Travailleurs Non Salariés | Votre rémunération** |  |  |  |  | |

**Votre Situation Familiale Actuelle :**

Célibataire ❑ Marié ❑ Divorcé ❑ Veuf ❑ Autre :

Depuis le

Nombre d’enfants :

Nom : Prénom : Date de naissance :

-

-

-

**Audit Retraite**

**Renseignement concernant votre conjoint :**

Madame ❑ Monsieur ❑

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

**Activité Professionnelle de votre conjoint :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOTRE REVENU ANNUEL** |  | **Année précédente** |  | **Année en cours** | |
|  |  |  |  |  |
| Vos revenus professionnels |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |

**Informations complémentaires :**

**Audit Retraite**

**Mandat**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Je soussigné (e), donne mandat à :

ESSOR RETRAITE

55 rue des Petites Ecuries

75010 PARIS

**Afin qu'en mon nom**, ESSOR RETRAITE puisse recueillir, et si nécessaire faire corriger, auprès des employeurs, des organismes de retraite et de capitalisation, l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation de mes droits à la retraite.

Fait à , le

Signature