

N° DE DOSSIER OBLIGATOIRE\* | | | | | | | | | | | |

\* Sans mention de votre numéro de dossier, la bonne affectation de votre chèque ne saurait être garantie.

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

CP | | | | | | Ville .....

### > Votre situation actuelle

La classe de cotisation choisie par le pharmacien libéral s'applique obligatoirement à son conjoint collaborateur.

**Je cotise actuellement en :**  classe 3\*\*  classe 4  classe 5  classe 6  classe 7  
 classe 8  classe 9  classe 10  classe 11  classe 12  classe 13

\*\* Attention, si vous cotisez à taux réduit dans le régime complémentaire, vous ne pouvez effectuer ni rachat de cotisations ni versements différentiels.

### > Versements supplémentaires en 2023

**Pour connaître le nombre de rachat de cotisations et de versements différentiels que vous pouvez effectuer, reportez-vous à la Fiche de capitalisation qui a été déposée en octobre 2022 sur votre compte personnel.**

Les montants de rachat de cotisations comme les montants des versements différentiels sont indiqués au verso de ce formulaire. Ils ne sont valables que pour l'année 2023. Le rachat d'une cotisation et le versement différentiel peuvent être fractionnés par quart (0,25, 0,50 ou 0,75).

Je souhaite effectuer :

le rachat de | | | | | | | | | | cotisation(s) au taux 2023 de ma classe de capitalisation (voir au verso),

| | | | | | | | | | versement(s) différentiel(s) au taux 2023 (voir au verso).

Soit un montant total de | | | | | | | | | | €

**Joignez impérativement votre règlement à ce formulaire en précisant votre numéro de dossier CAVP au dos de votre chèque.**

**Nous vous rappelons que, pour des versements effectués au titre de l'année 2023, la loi nous oblige à rejeter tout chèque adressé sous un pli oblitéré au-delà du 31 décembre 2023.**

**Je déclare avoir pris connaissance des dispositions régissant le régime complémentaire de la CAVP.**

À .....

Date | | | | | | | | | |

Signature de l'affilié(e)

## À joindre impérativement à ce formulaire

Nature de la pièce	Espace réservé à la CAVP
Votre règlement par chèque.	

### MONTANTS DE RÉFÉRENCE 2023 DES VERSEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Vous versez votre cotisation complémentaire dans la même classe que celle choisie par votre conjoint pharmacien libéral. Le montant de vos versements supplémentaires doit être adapté au taux auquel vous cotisez en 2023.

#### Vous cotisez au taux de 25 % de la cotisation de votre conjoint pharmacien libéral

	classe 3*	classe 4*	classe 5*	classe 6*	classe 7*	classe 8*
Montant du rachat d'une cotisation par capitalisation	653 €	979,50 €	1 306 €	1 632,50 €	1 959 €	2 285,50 €
	classe 9*	classe 10*	classe 11*	classe 12*	classe 13*	
	2 612 €	2 938,50 €	3 265 €	3 591,50 €	3 918 €	

Montant d'un versement différentiel	326,50 €
-------------------------------------	----------

#### Vous cotisez au taux de 50 % de la cotisation de votre conjoint pharmacien libéral

	classe 3*	classe 4*	classe 5*	classe 6*	classe 7*	classe 8*
Montant du rachat d'une cotisation par capitalisation	1 306 €	1 959 €	2 612 €	3 265 €	3 918 €	4 571 €
	classe 9*	classe 10*	classe 11*	classe 12*	classe 13*	
	5 224 €	5 877 €	6 530 €	7 183 €	7 836 €	

Montant d'un versement différentiel	653 €
-------------------------------------	-------

\* Deux versements différentiels sont nécessaires pour convertir une cotisation annuelle d'une classe donnée en une cotisation annuelle de la classe immédiatement supérieure.

**Protection des données informatiques :** toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données qui vous concernent. Pour l'appliquer, il vous suffit de nous en faire la demande par courrier à l'adresse suivante : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens - 45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09, ou par courriel à l'adresse : dpo@cavp.fr, en précisant vos nom, prénom et numéro de dossier CAVP.

**Exercice du droit de communication :** en application de l'article L.114-19 du code de la Sécurité sociale, la CAVP est habilitée à exercer un droit de communication. Dans ce cadre, les informations que vous déclarez peuvent être vérifiées.



45, rue de Caumartin • 75441 Paris Cedex 09  
 Tél. : 01 42 66 90 37 • Fax : 01 42 66 25 50  
 Courriel : cavp@cavp.fr • Internet : www.cavp.fr

Vos démarches en ligne, sur votre compte personnel, depuis :

[www.cavp.fr](http://www.cavp.fr)   

Accueil téléphonique et entretiens retraite (sur rendez-vous) :  
 du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h

Accès à nos locaux :  
 RER Auber ou Métro Havre-Caumartin, entrée par le hall situé rue Auber