



Nom et prénom du conjoint ..... Date de naissance | | | | | | |

> **Votre situation actuelle (suite)**

- Activités exercées par votre conjoint (portez la mention « Néant » si votre conjoint n'a exercé aucune activité professionnelle)

| Nature des activités | Date de début | Date de fin |
|----------------------|---------------|-------------|
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |
|                      |               |             |

- Enfants du pharmacien (*justificatifs n° 2, 3, 4 et 5 voir dernière page*)

| Nom de naissance de l'enfant | Prénom | Date de naissance | Date de décès |
|------------------------------|--------|-------------------|---------------|
|                              |        |                   |               |
|                              |        |                   |               |
|                              |        |                   |               |
|                              |        |                   |               |
|                              |        |                   |               |
|                              |        |                   |               |

> **Votre invalidité**

Cochez la case correspondant à votre situation.

- Votre invalidité est imputable à un accident causé par un tiers identifié ☐  
Précisez son identité : .....
- Une procédure d'indemnisation est en cours ☐

## > Votre situation professionnelle

- Activités libérales ☐ de pharmacien ou de biologiste ☐ de conjoint collaborateur

| Nature des activités | Adresse de l'officine ou du laboratoire | Date de début | Date de fin | Espace réservé à la CAVP |
|----------------------|-----------------------------------------|---------------|-------------|--------------------------|
|                      |                                         |               |             |                          |
|                      |                                         |               |             |                          |
|                      |                                         |               |             |                          |
|                      |                                         |               |             |                          |
|                      |                                         |               |             |                          |

- En cas d'affiliation(s) à d'autre(s) régime(s) de retraite en France (*justificatif n° 7 voir dernière page*)

| Nature des activités (voir ci-contre) | Organisme d'affiliation (voir ci-contre) | Date de début | Date de fin |
|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------|-------------|
|                                       |                                          |               |             |
|                                       |                                          |               |             |
|                                       |                                          |               |             |
|                                       |                                          |               |             |
|                                       |                                          |               |             |

**Activité** > **Organisme d'affiliation**  
 Salariée > Cnav / Carsat (ex-Cram) / Crav / Cgss  
 Agricole > Msa  
 Artisanale / Commerciale > Sécurité sociale - Indépendants (ex-Cancava, Organic)  
 Libérale > Carodsf / Carmf / Carpv / Cavamac / Cavec / Cavom / Carpimko / Cipav / Crn  
 Autres > Service des retraites de l'État / Cnracl / Ratp / Sncl / etc

À compter de la date de réception de l'avis de la Commission, et si ce dernier s'avère favorable, **vous disposez d'un délai d'un an** pour être radié(e) du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

En cas d'admission à l'invalidité, les droits auxquels vous, votre conjoint et votre/vos enfant(s) pouvez prétendre, sont ouverts **à compter du premier jour du mois qui suit votre radiation de l'Ordre national des pharmaciens.**

À l'âge minimum légal de départ à la retraite, déterminé en fonction de votre année de naissance, **la retraite -sans minoration- prendra obligatoirement le relais** de votre allocation annuelle invalidité.

Si vous détenez un plan de capitalisation, **vous pouvez différer** l'ouverture de vos droits au-delà de cet âge.

À .....

Date 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Signature

## Justificatifs à joindre impérativement à votre dossier

| N° | Nature du justificatif                                                                                                                                                                                                                                     | Espace réservé à la CAVP |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1  | Le rapport médical, sous pli cacheté, attestant l'incapacité au travail.                                                                                                                                                                                   |                          |
| 2  | Une photocopie intégrale de votre livret de famille (mariage et enfants)<br>Ou, si vous êtes célibataire sans enfants, une photocopie de votre carte d'identité recto/verso.                                                                               |                          |
| 3  | Si vous avez un enfant majeur : son RIB ou, à défaut, une procuration de sa part.                                                                                                                                                                          |                          |
| 4  | Si vous avez un enfant de plus de 21 ans poursuivant ses études : son certificat de scolarité ou la photocopie de sa carte d'étudiant(e).                                                                                                                  |                          |
| 5  | Si vous avez un enfant invalide âgé de plus de 21 ans : un rapport médical.                                                                                                                                                                                |                          |
| 6  | Une photocopie de votre certificat de radiation délivré par le Conseil régional ou la Section compétente de l'Ordre national des pharmaciens.                                                                                                              |                          |
| 7  | Un relevé de carrière mentionnant vos autres activités délivré par chaque organisme du régime de base d'affiliation (pour établir votre durée globale d'assurance dans le régime de base). Vous pouvez obtenir ce relevé auprès du régime général salarié. |                          |
| 8  | Si vous répondez aux critères d'exonération des prélèvements sociaux (voir formulaire <i>Demande d'exonération 2025 - Prélèvements sociaux</i> ) : le(s) justificatif(s) indiqué(s).                                                                       |                          |
| 9  | Un relevé d'identité bancaire, postal, ou d'épargne récent.                                                                                                                                                                                                |                          |

Les informations communiquées dans ce document s'appuient sur la législation en vigueur au moment de sa diffusion.

**Protection des données informatiques** : toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés 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](mailto: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](mailto:cavp@cavp.fr) • Internet : [www.cavp.fr](http://www.cavp.fr)

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

**[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