

> Cadre réservé à la CAVP

Date de la demande	_____	VB	_____
Remise du formulaire	_____	RCR	_____
Date de réception	_____	RCC	_____
☐ Cumul emploi-retraite libéralisé (CERL)		PCV	_____
			☐ Dossier complet

> Votre situation personnelle

Numéro de dossier CAVP :

_____01_____

Numéro de Sécurité sociale :

Nom de famille (nom de naissance)

Nom d'usage (nom marital, s'il y a lieu) Prénom

Date de naissance _____ Nationalité

Adresse personnelle

Code postal _____ Ville Pays

Tél. fixe _____ Mobile _____

Adresse mail de correspondance (adresse mail que la CAVP sera amenée à utiliser dans le cadre de la gestion de votre dossier)

Situation familiale :

• Actuelle (*justificatif n° 1 voir dernière page*) :

☐ Célibataire

☐ Veuf(ve) le _____ ☐ Séparé(e) le _____ ☐ Divorcé(e) le _____

☐ Pacsé(e) le _____ ☐ Marié(e) le _____ ☐ Remarié(e) le _____

Nom et prénom du conjoint Date de naissance _____

☐ Conjoint inscrit à la CAVP > Numéro de dossier _____

• Précédente :

☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) le _____ ☐ Divorcé(e) le _____

☐ Pacsé(e) le _____ ☐ Marié(e) le _____ ☐ Remarié(e) le _____

Nom et prénom du conjoint Date de naissance _____

Titulaire de la carte de combattant ☐ Oui ☐ Non

Services militaires accomplis (*justificatif n° 2 voir dernière page*)

Date d'incorporation _____

Date de démobilisation _____

> Votre situation personnelle (suite)

- Enfants du pharmacien ou élevés par le pharmacien (*justificatif n° 1 voir dernière page*)

Mentionnez tous les enfants : les vôtres, ceux de votre conjoint ou de votre (vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés.

Les allocations du régime complémentaire par répartition et du régime des prestations complémentaires de vieillesse sont augmentées de 10 % si le retraité a eu ou élevé trois enfants ou plus.

Nom de naissance de l'enfant	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Date de décès	Pour les enfants recueillis ou adoptés par adoption simple, précisez la période durant laquelle vous avez élevé cet enfant jusqu'à ses 16 ans	
					Date de début	Date de fin

> Votre parcours professionnel (*voir justificatifs n° 3 et 4 dernière page*)

- Activités libérales ☐ de pharmacien libéral (officiel ou biologiste médical conventionné) ☐ de conjoint collaborateur

Nature des activités	Adresse de l'officine ou du laboratoire	Date de début	Date de fin

- En cas d'affiliation(s) à d'autre(s) régime(s) de retraite en France ou à l'étranger (*justificatif n° 5 voir dernière page*)

Nature des activités (salariée, agricole, artisanale/commerciale, libérale, autres)	Organisme d'affiliation (Cnav / Carsat / Crav / Cgss, Msa, Sécurité sociale - Indépendants, Carcdfs / Carmf / Carpv / Cavamac / Cavec / Cavom / Carpimko / Cipav / Cpm, Service des retraites de l'État / Cnracl / Ratp / Snaf...)	Date de début	Date de fin	Date d'ouverture des droits	
				Depuis le	Prévue le (si votre demande est en cours)

- En cas de mandat de Président d'une Caisse maladie régionale (Assurance-maladie) ou d'administrateur (CNAVPL/CANAM)

Organisme concerné	Nature	Date de début	Date de fin

> Votre demande de retraite

• Nature de la demande

- ☐ Arrêt d'activité total
 ☐ Cumul emploi-retraite libéral
 ☐ Retraite progressive salariée
- ☐ Inaptitude (*un dossier médical vous sera adressé ultérieurement à réception de votre demande de retraite*)

 - Votre inaptitude est imputable à un accident causé par un tiers identifié ☐

 - Vous percevez l'allocation aux adultes handicapés (*justificatif n° 6 voir dernière page*) ☐

• Votre situation personnelle

- ☐ Demande de retraite à taux plein (âge légal du taux plein)

☐ Demande de retraite à taux minoré (avant l'âge légal du taux plein)

Dans ce cas, nous vous informons qu'une décote définitive sera appliquée sur votre pension de retraite.

• Dates de liquidation souhaitées à remplir que vous ayez ou non atteint l'âge légal du taux plein

Pour chaque régime **cochez les cases** correspondant à votre choix.

La date d'effet retenue par la CAVP sera nécessairement postérieure à la date de la demande que vous aurez effectuée par courrier ou, en l'absence de demande préalable, à celle de l'envoi de ce formulaire.

Je souhaite demander ma retraite dans les régimes suivants

Régimes par répartition	Date d'ouverture* des droits souhaitée				Choix du taux		Je diffère à une date ultérieure
	↓ 1 ^{er} janv. 20__	↓ 1 ^{er} avril 20__	↓ 1 ^{er} juillet 20__	↓ 1 ^{er} oct. 20__	Taux plein	Taux minoré	
Vieillesse de base	☐	ou ☐	ou ☐	ou ☐	☐	☐	☐
Complémentaire par répartition	☐	ou ☐	ou ☐	ou ☐	☐	☐	☐
Prestations complémentaires de vieillesse (biologistes)	☐	ou ☐	ou ☐	ou ☐	☐	☐	☐

Régime par capitalisation	1 ^{er} janv. 20__	1 ^{er} avril 20__	1 ^{er} juillet 20__	1 ^{er} oct. 20__	Je diffère à une date ultérieure
Complémentaire par capitalisation	☐	ou ☐	ou ☐	ou ☐	☐
Option de réversion Le choix est définitif ; l'option de réversion est maintenue en cas de divorce ou de décès du réversataire (voir notice explicative).	☐ Sans réversion ou ☐ Avec réversion (taux de 50 % sans versement supplémentaire ou au-delà avec versement supplémentaire. Ce rachat vous sera proposé ultérieurement). Nom et prénom du conjoint : En l'absence de réponse si vous êtes marié(e), c'est l'option avec réversion qui est retenue.				

* Date d'entrée en jouissance toujours fixée au premier jour d'un trimestre.

NB : nos retraites sont versées mensuellement à terme échu (voir justificatif n° 7 dernière page).

- ☐ **J'accepte, en cochant cette case, que, dans le cadre d'une convention signée par la CAVP, mes coordonnées (adresse postale et adresse mail) soient transmises à l'Association nationale des pharmaciens retraités (ANPR).**

Cumul emploi-retraite

Le dispositif ayant évolué, si vous avez l'intention de cumuler une pension de retraite et une activité libérale, n'hésitez pas à prendre conseil auprès du Département allocataires de la CAVP :

- par téléphone au 01 42 66 90 37
- ou
- par courriel à cavp@cavp.fr.

À

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

Justificatifs à joindre à votre dossier

Justificatifs indispensables à toute liquidation de retraite

N°	Nature du justificatif	Espace réservé à la CAVP
1	Une photocopie intégrale de votre livret de famille (mariage et enfants) ou, si vous êtes célibataire sans enfants, une photocopie de votre carte d'identité recto/verso.	
5	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.	
3	Le formulaire <i>Retraite de base libérale - Attestation de cessation d'activité</i> ci-joint.	
7	Un relevé d'identité bancaire, postal, ou d'épargne récent. Nos retraites sont versées <u>mensuellement à terme échu</u>, exclusivement par virement.	

Justificatifs à fournir en fonction de votre situation

2	Si votre période de service militaire n'est pas déjà prise en compte sur le relevé de carrière d'un autre organisme : une photocopie de votre livret militaire ou "État signalétique et des services" ou carte du Service national.	
4	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).	
6	Si vous êtes handicapé(e) : une photocopie de la notification d'attribution de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).	

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, 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 le site :

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