

N° DE DOSSIER | | | | | | | | | | | |

Nom

Prénom

Adresse

.....

CP | | | | | Ville

VOUS SOUHAITEZ ÊTRE AFFECTÉ(E) DANS LA CLASSE DE COTISATION DÉTERMINÉE EN FONCTION DE VOS REVENUS D'ACTIVITÉ NON SALARIÉS

Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2015, de la réforme du régime complémentaire (décret du 3 décembre 2014), ce dernier est devenu entièrement obligatoire et ses cotisations déterminées en fonction des revenus d'activité non salariés du pharmacien.

Je souhaite mettre fin à la dérogation que j'ai sollicitée pour cotiser dans la classe d'affectation déterminée en fonction de mes revenus d'activité non salariés, conformément à la législation en vigueur.

À SAVOIR

Le revenu de référence pris en compte pour déterminer votre classe d'affectation correspond à la moyenne des revenus d'activité non salariés des années N-4, N-3 et N-2 que vous avez déclarés à la Sécurité sociale pour les indépendants sur la déclaration sociale des indépendants.

Votre classe d'affectation est susceptible d'évoluer chaque début d'année (au 1^{er} janvier) en fonction de votre revenu de référence.

Lors de vos deux premières années d'exercice, vous êtes affecté(e) d'office en classe 3 (classe minimale).

Si l'un de vos revenus d'activité non salariés des années N-4, N-3 et N-2 n'a pas été déclaré, vous serez affecté(e) d'office en classe 13 (classe maximale).

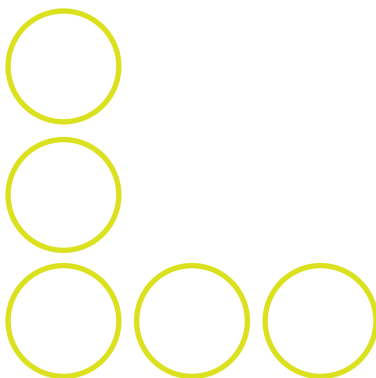
Je suis informé(e) qu'en retournant ce formulaire, je suis affecté(e) de manière définitive dans la classe de cotisation correspondant à mes revenus d'activité non salariés.

Ma demande sera prise en compte dès le premier jour du semestre civil suivant la date de celle-ci.

À

Signature de l'affilié(e)

Date | | | | | | | | | |



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

- **N'oubliez pas de signer ce formulaire**
- **Joignez votre règlement (par chèque impérativement)**
- **Envoyez l'ensemble par courrier à la CAVP :
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09**

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