

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 5 classe 7
 classe 9 classe 11 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 2019

Depuis le 1^{er} juillet 2015, vos possibilités de rachat de cotisations sont limitées en raison de l'entrée en vigueur de la réforme du régime complémentaire. Pour connaître le nombre de rachat de cotisations et de versements différentiels que vous pouvez effectuer, reportez-vous à la *Fiche de situation* que vous avez reçue en novembre 2018 ou en consultant l'information sur le site Internet www.cavp.fr depuis votre espace 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 2019. 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 2019 de ma classe de capitalisation (voir au verso),

| | | | |, | | | | | versement(s) différentiel(s) au taux 2019 (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 2019, la loi nous oblige à rejeter tout chèque adressé sous un pli oblitéré au-delà du 31 décembre 2019.

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 2019 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 2019.

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

| | classe 3* | classe 5* | classe 7* | classe 9* | classe 11* | classe 13* |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Montant du rachat d'une cotisation par capitalisation | 580 € | 1 160 € | 1 740 € | 2 320 € | 2 900 € | 3 480 € |
| Montant d'un versement différentiel | 290 € | | | | | |

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

| | classe 3* | classe 5* | classe 7* | classe 9* | classe 11* | classe 13* |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Montant du rachat d'une cotisation par capitalisation | 1 160 € | 2 320 € | 3 480 € | 4 640 € | 5 800 € | 6 960 € |
| Montant d'un versement différentiel | 580 € | | | | | |

* 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 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