

Options pour le calcul de votre cotisation

IMPORTANT : le changement d'option ne peut être pris en compte que s'il intervient après la période de validité du choix précédent (trois ans pour les régimes invalidité-décès et vieillesse de base, un an pour le régime complémentaire).
À l'issue de la période de validité, vous pourrez effectuer ce changement d'option sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel.

Prévoyance : régime invalidité-décès

Le conjoint collaborateur choisit le taux de sa cotisation.
Le choix est valable trois ans et reconduit tacitement.

- Cotisation égale à 25 % de la cotisation du conjoint pharmacien libéral
- Cotisation égale à 50 % de la cotisation du conjoint pharmacien libéral

Retraite : régime vieillesse de base

Le conjoint collaborateur choisit son assiette de cotisation parmi cinq options.
Le choix est valable trois ans et reconduit tacitement.

- Cotisation forfaitaire**
Assiette de cotisation = la moitié de la cotisation appelée pour le conjoint pharmacien libéral pour un revenu d'activité non salarié égal au montant du Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

ou

- Cotisation proportionnelle au revenu d'activité non salarié du conjoint pharmacien libéral**

Options sans effets sur la cotisation du conjoint pharmacien libéral

- Option 1-a : assiette de cotisation = 25 % du revenu d'activité non salarié plafonné du conjoint pharmacien libéral
- Option 1-b : assiette de cotisation = 50 % du revenu d'activité non salarié plafonné du conjoint pharmacien libéral

Options modifiant la cotisation du conjoint pharmacien libéral⁽¹⁾

- Option 2-a : assiette de cotisation = 25 % du revenu d'activité non salarié plafonné du conjoint pharmacien libéral (cotisation du conjoint pharmacien libéral : 75 %)
- Option 2-b : assiette de cotisation = 50 % du revenu d'activité non salarié plafonné du conjoint pharmacien libéral (cotisation du conjoint pharmacien libéral : 50 %)

En choisissant les options 2-a et 2-b, vous vous engagez à verser votre cotisation durant le même nombre de trimestres que votre conjoint pharmacien libéral, quelle que soit la date de votre inscription ou de votre radiation.

⁽¹⁾ En cas d'option 2-a ou 2-b, l'accord du conjoint pharmacien libéral est indispensable, car ses droits à la retraite seront réduits proportionnellement.

Date

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

Signature de votre conjoint pharmacien libéral

Retraite : régime complémentaire

Le conjoint collaborateur choisit le taux de sa cotisation.
Le choix est valable un an et reconduit tacitement.

- Cotisation égale à 25 % de la cotisation⁽²⁾ du conjoint pharmacien libéral
- Cotisation égale à 50 % de la cotisation⁽²⁾ du conjoint pharmacien libéral

⁽²⁾ La classe de cotisation du pharmacien libéral s'applique obligatoirement à son conjoint collaborateur.

Le règlement de vos cotisations

Vos cotisations obligatoires

Prévoyance	Régime invalidité-décès
Retraite	Régime vieillesse de base - forfaitaire <i>ou</i> - provisionnelle proportionnelle (lorsque le revenu d'activité non salarié de votre conjoint pharmacien libéral est connu)
	Régime complémentaire ⁽¹⁾

⁽¹⁾ La cotisation au régime complémentaire comporte une part gérée par répartition et une part gérée par capitalisation. Vous cotisez dans la classe de votre conjoint pharmacien libéral.

Modalités de paiement des cotisations

Conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (article 18), vos cotisations sociales doivent être réglées par voie dématérialisée à compter du 1^{er} janvier 2019 quel que soit le montant de votre revenu d'activité non salarié.

Pour mettre en place le prélèvement de vos cotisations, nous vous remercions de bien vouloir remplir le *Mandat de prélèvement SEPA* joint et de nous le retourner, dûment complété et signé à l'adresse indiquée au verso de ce formulaire, en respectant les échéances de paiement choisies par votre conjoint pharmacien libéral (prélèvement semestriel, trimestriel ou mensuel), accompagné de votre RIB (*justificatif n°3 voir dernière page*).

Notez bien que vos cotisations en cours devront être réglées par chèque.

Vous pouvez également mettre en place le prélèvement de vos cotisations sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel.

Déclaration de situation

Je certifie :

- Exercer dans l'entreprise une activité professionnelle régulière sans percevoir de revenu.
- Ne pas être personnellement associé(e) dans la société (SARL ou SELARL).
- Ne pas être salarié(e) de la société (SARL ou SELARL).
- Que l'effectif de la société (SARL ou SELARL) n'excède pas 20 salariés.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations contenues dans ce document.

Date | | | | | | | | | |

Signature du conjoint collaborateur

Justificatifs à joindre impérativement à votre dossier

N°	Nature du justificatif	Espace réservé à la CAVP
1	La photocopie de la déclaration faite auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).	
2	La photocopie recto/verso de votre carte vitale.	
3	<p>Pour régler vos cotisations par prélèvement automatique : le formulaire <i>Mandat de prélèvement SEPA</i> joint, dûment complété et signé, en respectant les échéances de paiement choisies par votre conjoint pharmacien libéral (prélèvement semestriel, trimestriel ou mensuel), ainsi que le RIB du compte à débiter avec mention de l'IBAN et du BIC.</p> <p>Vous pouvez également mettre en place le prélèvement de vos cotisations sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel, dans la rubrique « Gérer mes règlements ».</p>	

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 impérativement la/les pièce(s) demandée(s)**
- **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

N° DE DOSSIER | | | | | | | | | | | | | |

**ATTENTION, CE FORMULAIRE EST VALABLE
UNIQUEMENT À PARTIR DE VOS FUTURES ÉCHÉANCES.**

Nom

Prénom

Adresse

.....

CP | | | | | Ville

PAIEMENT RÉCURRENT DES COTISATIONS

Cochez la case correspondant à la périodicité de paiement souhaitée

mensuel (janvier à décembre) trimestriel (janvier-avril-juillet-octobre) semestriel (janvier-juillet)

En signant ce mandat, j'autorise la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la CAVP.

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

LIEU ET DATE > À le ___/___/20___

SIGNATURE >

NB : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DONNÉES DU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Prénoms : _____

Numéro et nom de la rue : _____

CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE (justificatif ① voir au verso)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

| | | | | | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

LES COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom de la banque : _____

Numéro et nom de la rue : _____

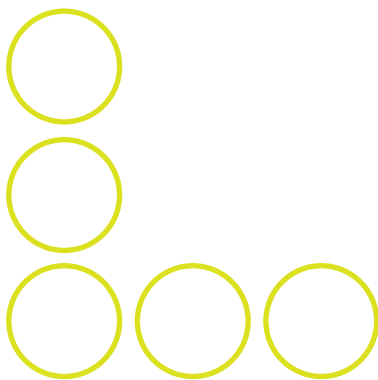
CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

L'ORGANISME CRÉANCIER

Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09 - France

| F | R | 9 | 1 | Z | Z | Z | 3 | 2 | 9 | 1 | 4 | 2 |
ICS (Identifiant créancier SEPA)

LA RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT VOUS SERA COMMUNIQUÉE ULTÉRIEUREMENT PAR COURRIER



Justificatif à joindre impérativement à votre dossier

1 Le RIB du compte à débiter avec mention de l'IBAN et du BIC

Important

► **Dans le cadre du prélèvement récurrent de vos cotisations**, votre mandat de prélèvement SEPA devra nous parvenir au moins trente jours avant la date de la première échéance. Jusqu'à celle-ci, vous réglerez vos cotisations par chèque.

La CAVP vous adressera, au début de chaque année, ou en cours d'année s'il y a lieu, un échéancier sur lequel figureront le montant de vos cotisations et les dates de leur prélèvement.

L'envoi de cet échéancier tiendra lieu de notification de l'arrivée des prélèvements pour l'ensemble de l'année.

► **En cas de modification des données de ce mandat**, nous vous remercions de bien vouloir modifier vos références bancaires directement sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel.

Attention : la modification de vos références bancaires ne doit être réalisée depuis le site Internet que si vous n'avez pas opté pour la mobilité bancaire. Dans le cas contraire, en effet, votre établissement bancaire nous communiquera directement le changement de vos références.

► **En cas de révocation de mandat ou de réclamation relative à vos prélèvements SEPA**, nous vous remercions de bien vouloir adresser vos demandes au Département cotisants : CAVP, 45, rue de Caumartin – 75441 Paris Cedex 09 ou par courriel à l'adresse suivante : cotisants@cavp.fr.

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 impérativement la/les pièce(s) demandée(s)**
- **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