

DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL-DÉCÈS

Nous vous invitons à nous retourner ce formulaire complété, daté et signé via la messagerie sécurisée de votre espace-personnel.lacipav.fr en choisissant le thème « Ma situation personnelle » et l'objet « Déclarer / mettre à jour mes bénéficiaires du capital-décès ».

► Votre identité

Référence Cipav :	<input type="text" value="C I"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

► Votre adresse

.....
.....
.....
.....

► Vos coordonnées

N° de téléphone :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail :@.....

► Votre situation familiale

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e) / Remarié(e) en date du :

Divorcé(e) / Fin de Pacs / Veuf(ve) en date du :

Nombre d'enfants :

► Votre conjoint(e) / partenaire civil(e) de solidarité

Informations en notre possession :	Informations à mettre à jour si nécessaire :
N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :

► **Vos enfants** (si vous avez plus de 5 enfants, merci de compléter sur papier libre)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Statut
				<input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Adopté
				<input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Adopté
				<input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Adopté
				<input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Adopté
				<input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Adopté

► **Désignation du ou des bénéficiaires du capital-décès**

Le capital-décès est attribué par ordre de priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire par lequel l'assuré(e) était lié(e), au jour du décès, par un pacte civil de solidarité, aux enfants âgés de moins de 21 ans puis, à la personne physique nommément désignée par l'assuré(e).

Si vous êtes marié(e) ou lié(e) par un Pacs et/ou avez un ou des enfants de moins de 21 ans*, vous n'avez pas, actuellement, de déclaration particulière à faire : l'identité et l'ordre de priorité des bénéficiaires sont fixés par les statuts.

En revanche, si vous n'êtes pas marié(e) ou lié(e) par un Pacs et n'avez pas d'enfants de moins de 21 ans, **vous devez déclarer à la Cipav** comme bénéficiaire de votre assurance décès une ou plusieurs personnes physiques nommément désignées.

En cas de non désignation, le capital-décès serait versé à la ou aux personnes qui étaient, au jour du décès, à votre charge effective, totale et permanente. À défaut, la Cipav ne pourrait pas verser de capital-décès.

► **Je soussigné(e) _____, désigne comme bénéficiaire(s) du capital-décès :**

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 N° de Sécurité sociale :

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 N° de Sécurité sociale :

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 N° de Sécurité sociale :

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 N° de Sécurité sociale :

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 N° de Sécurité sociale :

*En cas de modification de votre situation, n'oubliez pas de remplir un nouvel imprimé de désignation de bénéficiaire(s) du capital-décès.

► **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.**

En cochant cette case, vous engagez votre responsabilité tant au regard de la conformité déclarative que des obligations et droits qui en découlent.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). Les données à caractère personnel que la Cipav collecte, de même que celles qui sont recueillies ultérieurement, sont destinées à la Cipav en sa qualité de responsable du traitement. La Cipav veille à ce que seules les personnes habilitées puissent avoir accès à ces données. Les prestataires de services de la Cipav peuvent être destinataires de ces données pour réaliser les prestations que la Cipav leur confie. Certaines données personnelles peuvent être adressées à des tiers ou à des autorités légalement habilitées et ce pour satisfaire les obligations légales de la Cipav, réglementaires ou conventionnelles. Dans les conditions prévues par la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@lacipav.fr en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.