



l'avenir en toute confiance

Action sociale

Demande d'aide spécifique « Catastrophe Naturelle »

Vos coordonnées

Prénom : _____ Nom : _____

Numéro d'affiliation Cipav : CI - _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Votre demande d'aide spécifique dans le cadre du dispositif « Catastrophe naturelle »

Type de sinistre

Date du sinistre : _____

 Inondations/Coulées de boues
 Glissement de terrain
 Séisme
 Tempête

 Autres, précisez : _____

Reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle

 Votre commune est-elle reconnue en état de catastrophe naturelle ? Non Oui

Si oui, date de l'arrêté portant reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle : _____

 Je déclare avoir subi des dommages à l'intérieur de mon logement
 Je suis **propriétaire** de mon logement
 Je suis **locataire** de mon logement

 Mon **logement** est sinistré et **inhabitable temporairement**
 Mon **logement** est sinistré mais **habitable**

Nombre de pièces concernées par le sinistre : _____ Précisez ci-dessous :

 Pièces de vie (salon, SAM)
 Entrée
 Chambre(s)
 Buanderie

 Cuisine
 Salle de bain
 Garage
 Local professionnel

 Autres : _____

Dommmages relatifs au bâti

Type	Endommagé	Détruit	Estimation de la valeur neuve	Commentaire(s) éventuel(s)
Toiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Murs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Sols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Plafonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	

Dommmages relatifs aux équipements et à l'aménagement intérieur

Type	Endommagé	Détruit	Estimation de la valeur neuve	Commentaire(s) éventuel(s)
Electricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Chaudière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Electroménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Matériel informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Meubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	

Je déclare avoir subi des dommages à l'extérieur de mon logement

Type	Endommagé	Détruit	Estimation de la valeur neuve	Commentaire(s) éventuel(s)
Dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Garage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Clôtures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
Jardin/Potager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €	

 Je déclare avoir subi des dommages à l'intérieur de mon local professionnel
 Je suis **propriétaire** de mon local professionnel Je suis **locataire** de mon local professionnel

 Mon **local professionnel** est sinistré et rend mon activité professionnelle impossible en l'état

 Mon **local professionnel** est sinistré mais mon activité professionnelle reste possible

 Je déclare avoir subi des dommages autres
 Mon véhicule **personnel** est sinistré

 Mon véhicule **professionnel** est sinistré

Complément d'information éventuel

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et souhaite bénéficier de l'aide spécifique dans le cadre du dispositif Catastrophes Naturelles proposée par l'action sociale de La Cipav.

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant (Art. L114-13 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le ____/____/____ Signature :

Vous venez de remplir votre demande d'action sociale.

Assurez-vous que le formulaire est complet, daté, signé et accompagné des pièces justificatives suivantes :

- ▶ La photocopie de la déclaration de sinistre adressée à votre assureur détaillant le sinistre,
- ▶ Votre RIB ou RIP comportant les codes BIC et IBAN,
- ▶ Tout autre document pouvant appuyer votre demande (photos, factures, devis, etc.).

et adressez le de préférence par messagerie électronique à l'adresse suivante : action.sociale@lacidpav.fr ou par courrier à :

La Cipav
Service Action sociale
9 rue de vienne
75 403 Paris cedex 08

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@lacidpav.fr