

DEMANDE DE PRESTATIONS INVALIDITÉ-DÉCÈS (Capital-décès / Rente de survie / Rente orphelin)

48120

► Identité de l'assuré(e) décédé(e)

| | |
|--------------------------|--|
| Référence Cipav : | <input type="text" value="C"/> <input type="text" value="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"/> |
| 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"/> |
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Date de naissance : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Date de décès : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

► Identité du demandeur

| | |
|--|---|
| 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"/> |
| 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 : | |
| Lien de parenté avec l'assuré(e) décédé(e) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, précisez lequel ? | |

► Votre adresse

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |

► Vos coordonnées

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail :@.....

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

Fait à :, le : Signature :

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 possible 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@laciav.fr en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.

► **Coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession**

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom : | | | | | | | | | | | |
| Prénom : | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | | | | |
| E-mail : |@..... | | | | | | | | | | |
| N° de téléphone : | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

► **Pièces à joindre impérativement pour l'instruction de votre dossier**

- Le formulaire de demande de prestations invalidité-décès complété, daté et signé
- La copie intégrale de l'acte de naissance* de l'assuré(e) décédé(e) datant de moins de 3 mois
- La copie intégrale de l'acte de naissance* du demandeur datant de moins de 3 mois
- Le relevé d'identité bancaire ou postal du demandeur
- La copie du ou des livret(s) de famille de l'assuré(e) décédé(e)

**Ce document est à demander à la Mairie du lieu de naissance. Dans le cas d'une naissance à l'étranger, vous devez vous adresser à Nantes : Ministère des affaires étrangères, Service Central de l'État Civil, 11 rue de la maison blanche, 44941 NANTES cedex 09.*

► **Pour les demandes de rente de survie et de rente orphelin**

- Le dernier avis d'imposition

► **Pour les enfants mineurs demandant des prestations**

- La demande de versement doit être présentée par le représentant légal ainsi qu'un relevé d'identité bancaire au nom de l'enfant mineur

► **Pour les enfants majeurs demandant une rente orphelin**

- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom de l'enfant
- Un certificat de scolarité de l'année en cours

RAPPEL

En application de l'article 4.13 des statuts du régime de prévoyance d'invalidité-décès, le capital-décès est attribué par ordre de priorité :

- au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire auquel l'assuré(e) décédé(e) était lié(e), au jour du décès, par un pacte civil de solidarité ;*
- aux enfants âgés de moins de 21 ans ;*
- à la personne physique nommément désignée par l'assuré(e).*

Lorsqu'aucune désignation de bénéficiaire n'aura été expressément notifiée à la Cipav, le capital-décès sera versé par priorité et par ordre au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire auquel l'assuré(e) décédé(e) était lié(e), au jour du décès, par un pacte civil de solidarité, puis aux enfants âgés de moins de 21 ans et enfin à la ou les personne(s) qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'adhérent(e).

