

FORMULAIRE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

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 « Mes autres demandes » et l'objet « Déposer un recours amiable ».

► Votre identité

N° de Sécurité sociale :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

► Vos coordonnées

N° de téléphone :
E-mail :
Adresse postale :

► Motif de votre recours *cocher la case correspondante*

<input type="checkbox"/> Je conteste le montant de ma prestation <input type="checkbox"/> Je souhaite modifier la date d'effet de ma prestation <input type="checkbox"/> Je demande l'annulation de ma prestation <input type="checkbox"/> Je conteste le rejet de ma demande de prestation <input type="checkbox"/> Je conteste le montant de l'indu ou du trop-perçu <input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de réponse à ma réclamation déposée depuis plus de 2 mois <input type="checkbox"/> Autre motif (à préciser) :
--

► Recevabilité de votre recours

La commission de recours amiable statue sur les contestations formées contre les décisions rendues par la caisse relatives à l'application des dispositions législatives, réglementaires et statutaires de Sécurité sociale.

Pour que votre recours soit recevable vous devez le formuler dans les **2 mois** qui suit la notification de décision de la caisse ou la mise en demeure émise par la caisse ou à l'expiration du délai implicite de rejet fixé à 2 mois, si à la suite d'une demande ou d'une réclamation, la caisse n'a pas notifié sa décision.

Vous devez joindre impérativement à votre demande :

■ la copie de la notification de décision ou d'indu ou la mise en demeure contestée **datée de moins de 2 mois**
 OU
 ■ à défaut, la copie de la réclamation déposée **depuis plus de 2 mois** restée sans réponse de la caisse

Suite au verso →

► **Votre recours** nous vous remercions de décrire précisément et lisiblement l'objet de votre recours

[illegible]

► J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration, ainsi que l'authenticité des pièces justificatives fournies.

Fait à : **le :**

☐ **En cochant cette case, j'engage ma 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 renseignements. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fausses déclarations (articles 312-1, 313-3, 313-9, 313-99, 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

OUPS.GOUV.FR

Vous avez droit à l'erreur !

Si vous vous êtes trompé, signalez-le : nous corrigerons les données concernées. Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous ne serez pas sanctionné : vous devrez seulement rembourser les sommes perçues en trop.

9 rue de Vienne – 75403 Paris cedex 08 – T. 01 44 95 68 20

Nous sommes ouverts du lundi au vendredi. Pour consulter nos horaires, rendez-vous sur www.lacipav.fr