



CIPAV

Votre caisse
de retraite

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse

DECLARATION REGLEMENTAIRE



NP-0000010050

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

NOM DE FAMILLE :

(nom de naissance)

PRENOM :

NOM D'USAGE

(s'il y a lieu)

DATE DE NAISSANCE :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Nationalité :

N° de Sécurité sociale :

Lieu de naissance :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Remarié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Fin de Pacs ☐

Cochez la case correspondant à votre situation

Marié(e) le :

Nombre d'enfants :

ADRESSE (Cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier)

☐ Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

☐ Adresse professionnelle : Nom de la société :

N° et nom de la voie :

Code postal : Commune :

Téléphone : Professionnel Personnel :

Fax : E-mail :@.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

Numéro d'affiliation CIPAV :

si vous avez déjà été affilié(e)

Nature de la profession non salariée :

(Exemple : conseil, architecte, psychologue...)

Si vous êtes ostéopathe indiquez votre n° ADELI :

Si vous êtes gérant indiquez la nature de la société :

Date d'entrée dans la profession non salariée :

AIDE A LA CREATION D'ENTREPRISE

☐ J'ai demandé l'aide à la création d'entreprise et je m'engage à prévenir la CIPAV, immédiatement, si l'URSSAF rejette ma demande.

Vous exercez depuis plus d'un an : Montant de vos revenus professionnels nets (l'année N étant l'année en cours)	Année N-1	Année N-2	Année N-3

CONJOINT

NOM DE FAMILLE :
(nom de naissance)

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité sociale :

OPTIONS (Voir le guide)

REGIME DE BASE

Si vous estimez que vos revenus nets professionnels de l'année en cours seront inférieurs aux revenus forfaitaires qui vous sont applicables , vous pouvez demander à cotiser sur le revenu professionnel que vous pensez réaliser pour l'année en cours.

Cochez la case ci – contre ☐ **Revenu 2013** ----- € **ou déficitaire** ☐

REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Pour la première année d'activité une réduction de 100 % de la cotisation est appliquée (aucun point de retraite n'est attribué).

Si vous souhaitez renoncer à cette réduction pour acquérir des points vous pouvez opter pour la classe 1 ou la classe 2 :

En cas d'option pour la classe 1, cochez cette case ☐

En cas d'option pour la classe 2, cochez cette case ☐

REGIME INVALIDITE-DECES

Statutairement, l'inscription est faite en classe A pendant les deux premières années d'affiliation. Aucune demande de changement n'est admise postérieurement au 1^{er} juillet de l'exercice civil au cours duquel le 59^{ème} anniversaire est atteint.

Notez ci-dessous votre option éventuelle pour une classe supérieure à compter de la troisième année.

CLASSE B ☐ **CLASSE C** ☐

DESIGNATION DU BENEFICIAIRE DU CAPITAL-DECES

Le capital-décès est attribué par ordre de priorité :

- 1- au conjoint survivant non séparé de corps.
- 2- aux enfants âgés de moins de 21 ans.
- 3- à la personne physique nommément désignée par l'assuré.

• Si vous êtes marié(e) 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.

• Par contre, si vous n'êtes pas marié(e) et/ou n'avez pas d'enfants de moins de 21 ans, **vous devez déclarer à la CIPAV** comme bénéficiaire de votre assurance décès une personne physique nommément désignée.

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.

A défaut, la CIPAV ne pourrait pas verser de capital-décès.

Je soussigné(e) :

désigne comme bénéficiaire du capital-décès M., Mme :

Né(e) le : À

** En cas de modification de votre situation, n'oubliez pas de remplir un nouvel imprimé de désignation de bénéficiaire.*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature :

A, le/...../.....

IMPORTANT : même si vous estimez ne pas être visé(e) par la loi, veuillez remplir très exactement ce questionnaire qui nous permettra de justifier, le cas échéant, des raisons de votre non-inscription auprès des organismes de la Sécurité sociale.

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

· 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.