LACIPAV l'avenir en toute confiance

DÉCLARATION D'AFFILIATION DU MICRO ENTREPRENEUR

NB : si votre première retraite auprès d'un régime de base obligatoire a été liquidée à compter du 1er janvier 2015, les cotisations versées au titre de la poursuite ou de la reprise d'activité n'ouvrent aucun droit supplémentaire à retraite auprès de tous les régimes de retraite de base et complémentaire.

▶ Votre identité

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

▶ Votre adresse

.....

.....

.....

.....

▶ Vos coordonnées

Téléphone fixe : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Téléphone portable : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 : ☐☐ ☐☐ ☐☐

▶ Votre conjoint(e) *à compléter uniquement si vous êtes marié(e)*

N° de Sécurité sociale :	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐
Nom :	.....
Prénom :	.....
Date de naissance :	☐☐ ☐☐ ☐☐
Lieu de naissance :	.....

▶ Vos enfants

Nom	Prénom(s)	Date de naissance

► Votre activité

Référence Cipav *Si vous avez déjà été affilié(e)*	C I
Date de début d'activité sous le statut micro entrepreneur : *Affiliation au 1er jour du trimestre civil suivant la date de reprise*	
Nature de l'activité : *Exemple : architecte, psychologue...*	.....
Numéro ADELI : *Impératif pour votre affiliation en tant que professionnel de santé (ostéopathe etc.)*	

► Désignation du ou des bénéficiaires du capital-décès

Le capital-décès est attribué par ordre de priorité au conjoint survivant non séparé de corps, aux enfants âgés de moins de 21 ans puis, à la personne physique nommément désignée par l'assuré(e).

→ 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.*

*→ En revanche, si vous n'êtes pas marié(e) 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 : .....

■ Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

■ Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

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

► *J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans ce formulaire.*

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 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).