

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M, (Nom, prénom du bénéficiaire)

Né(e) le :/...../..... demeurant (adresse fiscale complète)

Code postal : Commune :

agissant en ma qualité de bénéficiaire en cas de décès du (des) contrat(s) dont l'assuré(e) était

M
Né(e) le :/...../....., demeurant à

Code postal : Commune :

souscrit(s) auprès de CNP Assurances ou de ses filiales, **atteste sur l'honneur qu'à ma connaissance à la date de signature de la présente attestation :**

(cocher et renseigner la case A ou B correspondant à votre situation)

A ☐

Je ne suis bénéficiaire en cas de décès d'aucun autre contrat dont
M
était l'assuré(e) tant auprès de CNP Assurances ou de ses filiales qu'auprès d'autre(s) compagnie(s) ou organisme(s) d'assurance*.
En conséquence, je demande à CNP Assurances et ses filiales d'imputer en totalité, ou à concurrence des sommes imposables, l'abattement de 152 500 euros mentionné à l'article 990 I sur les sommes versées en cas de décès, et, le cas échéant, de verser à l'Administration fiscale le prélèvement dû au-delà de cet abattement.

B ☐

Je suis bénéficiaire en cas de décès d'autre(s) contrat(s) dont
M
était l'assuré(e) auprès de CNP Assurances et/ou de ses filiales et/ou d'autre(s) compagnie(s) ou organisme(s) d'assurance*.

À ce titre, si vous avez coché la case B, cochez et renseignez la case 1) ou 2) ou 3) correspondant à votre situation.

1)

☐ J'atteste ne pas avoir déjà demandé à bénéficier de l'abattement de 152 500 euros.
En conséquence, je demande à CNP Assurances et/ou à ses filiales d'appliquer sur les sommes versées en cas de décès cet abattement et, le cas échéant, de verser à l'administration fiscale le prélèvement dû au-delà de l'abattement.

Ou

2)

☐ J'atteste avoir déjà demandé à bénéficier partiellement de l'abattement de 152 500 euros pour un montant de euros.
En conséquence, je demande à CNP Assurances et/ou à ses filiales d'appliquer sur les sommes versées en cas de décès la part restante de l'abattement et, le cas échéant, de verser à l'administration fiscale le prélèvement dû au-delà de l'abattement.

Ou

3)

☐ J'atteste avoir déjà demandé à bénéficier en totalité de l'abattement de 152 500 euros.
En conséquence, je demande à CNP Assurances et/ou à ses filiales de verser à l'administration fiscale le prélèvement dû sur les sommes versées en cas de décès.
J'atteste que la somme totale (fraction(s) de la part taxable) qui a déjà été assujettie au prélèvement mentionné à l'article 990 I au titre d'un ou plusieurs contrats est à euros.
Nous vous invitons à vous rapprocher de l'entreprise(s) ou organisme(s) d'assurance qui a versé ces sommes pour connaître le montant exact à indiquer et/ou à nous faire parvenir les justificatifs correspondants.

* Attention : certains contrats ne sont pas soumis au prélèvement - Ex. : contrats de retraite souscrites dans un cadre professionnel (salariés ou non salariés)

Je reconnais avoir été informé(e) qu'une copie de la présente attestation pourra être communiquée à l'administration fiscale, et que toute déclaration incomplète ou erronée de ma part serait susceptible de me rendre redevable d'un complément d'imposition sur les capitaux-décès perçus, sans préjudice de l'exigibilité éventuelle de pénalités et/ou intérêts de retard à raison des impôts éludés.

Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) et la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre dossier, le respect d'une obligation légale et l'exercice d'un intérêt légitime par CNP Assurances ou l'une de ses filiales.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; les statistiques commerciales ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou l'une de ses filiales, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courriel (dpo@cnp.fr) ou par courrier : CNP Assurances - TSA 16969 - 4 promenade Coeur de ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention manuscrite «lu et approuvé»)