

Service Pensions

Pour tout renseignement, contacter :

- Tél. 01 44 90 13 25
- Fax 01 44 90 21 81
- Formulaire de contact accessible sur notre site Internet www.crpcen.fr



ARTICLES 81, 82 ET 83 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20 DÉCEMBRE 1990 MODIFIÉ

La personne qui demande le capital décès

Je soussigné(e)

Nom de famille (*nom de naissance*)

Nom d'usage (*facultatif et s'il y a lieu*)

Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*)

Adresse N° Voie

Code postal Ville

Demande le versement du capital décès en qualité de :

- conjoint(e) survivant(e), non séparé(e) de corps
 - descendant
 - ascendant à charge
- } Lien de parenté
-

Au jour du décès de l'assuré(e), étiez-vous à sa charge totale, effective et permanente ? OUI NON

Connaissez-vous d'autres personnes susceptibles de recevoir le capital décès ? ATTENTION : les personnes citées ci-dessous doivent également, si elles souhaitent bénéficier du capital décès, compléter chacune une « Demande de capital décès ».

Leurs nom et prénom	Leur date de naissance	Leur lien avec le défunt	Étaient-elles à la charge du défunt ?
<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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Renseignements concernant l'assuré(e) décédé(e)

N° INSEE

Nom de famille (*nom de naissance*)

Nom d'usage (*facultatif et s'il y a lieu*)

Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*)

Date du décès / /

Le décès résulte-t-il d'un accident ? OUI NON

SI OUI, veuillez préciser : accident du travail ? accident de la circulation ? accident causé par un tiers ?

Dans le dernier cas relater les circonstances :

Attestation du demandeur

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier.

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

Fait à _____ Le / /

Signature

Après avoir rempli et signé votre demande de capital décès, vous devrez l'adresser directement à la CRPCEN.

Pièces à produire

CONJOINT(E) SURVIVANT(E) OU DESCENDANT(S)

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré(e) décédé(e).
- Votre livret de famille à jour.
- Le certificat « cessation de fonctions » ci-joint dûment complété.
- Une attestation de la Caisse d'assurance maladie ou d'un autre organisme indiquant le montant de l'indemnité versée au titre du décès.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

Précision : Si le capital décès est dû à un mineur, le capital sera versé impérativement sur un compte ouvert à son seul nom mentionnant la mesure de protection.

ASCENDANT(S) À CHARGE

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré (e) décédé(e).
- Le(les) livret(s) de famille de l'assuré(e) décédé(e) à jour.
- Votre passeport ou votre carte nationale d'identité.
- Le certificat « cessation de fonctions » ci-joint dûment complété.
- Une attestation de la Caisse d'assurance maladie ou d'un autre organisme précisant le montant de l'indemnité versée au titre du décès.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).
- Votre dernier avis d'impôt sur le revenu.
- Les justifications établissant que vous étiez à la charge totale effective et permanente de l'assuré(e).