

Assurance décès

Pour nous contacter :

■ Par courrier : 5bis rue de Madrid
75395 PARIS Cedex

■ Tél. 01 44 90 13 25

DEMANDE DE CAPITAL DÉCÈS



DÉCRET N° 90-1215 DU 20 DÉCEMBRE 1990 MODIFIÉ

La personne qui demande le capital décès

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 Pays

Téléphone

Courriel @

Précisez votre lien avec la personne décédée :

☐ conjoint(e) survivant(e), non séparé(e) de corps

☐ descendant

☐ ascendant à charge

} Lien de parenté⁽¹⁾

(1) Fils, fille, petit-fils, petite-fille, père, mère, grand-père, grand-mère, arrière grand-père, arrière grand-mère...

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 ? Oui ☐ Non ☐

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 ?
	/ /		Oui ☐ Non ☐
	/ /		Oui ☐ Non ☐
	/ /		Oui ☐ Non ☐
	/ /		Oui ☐ Non ☐

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

N° de sécurité sociale

-

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 causé par un tiers ? Oui ☐ Non ☐

Déclaration sur l'honneur

- ☐ Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
- ☐ Je m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à vous faire connaître toute modification de ma situation.
- ☐ Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la Sécurité sociale.

Votre signature

Fait à _____ Le / /

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).

En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale).

Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.



Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau ci-dessous.

Responsable de traitement	La CRPCEN représentée par son directeur, monsieur Olivier MANIETTE
Coordonnées du DPO	CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08
Objet du traitement de données	■ Finalité(s) : Le présent traitement a pour finalité la mise en œuvre des prestations décès à la CRPCEN ■ Base juridique : Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires - Décret n° 90-1 215 du 20 décembre 1990
Destinataires des données	Agents habilités de la Caisse
Durée de conservation des données	33 mois à compter du versement de la prestation
Existence d'une prise de décision automatisée	NON
Sécurité	Politique des systèmes d'information de la CRPCEN - Référentiel général de sécurité créé par l'ordonnance du 8 décembre 2005
Vos droits sur les données vous concernant	■ Vous disposez pour ce traitement d'un droit : - d'accès ; - de rectification. ■ Ils s'exercent auprès du directeur de la CRPCEN, par courrier à l'adresse suivante : CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08 ■ Réclamation auprès de la CNIL en cas d'insatisfaction suite à la réponse de la Caisse à adresser à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Pour que votre dossier soit complet, joignez les pièces justificatives demandées dans la liste ci-jointe.

Justificatifs à joindre

Une omission de pièces justificatives entraînera des délais supplémentaires pour traiter votre demande.

Pour les documents à joindre, nous vous demandons de nous adresser des photocopies de bonne qualité, ne pas les scotcher, les agraffer, ou les surligner en couleur.

Conjoint(e) survivant(e) ou descendant(s)

- ☐ Un extrait de l'acte de naissance de l'assuré(e) décédé(e).
- ☐ Un extrait d'acte de décès de l'assuré(e) décédé(e).
- ☐ Votre livret de famille à jour.
- ☐ Une copie du dernier bulletin de paie de l'assuré(e) décédé(e).
- ☐ Un relevé d'identité bancaire (RIB) mentionnant vos codes IBAN et BIC.

IMPORTANT : Si le capital décès est dû à un mineur, il est versé 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.
- ☐ Une copie du dernier bulletin de paie de l'assuré(e) décédé(e).
- ☐ Un relevé d'identité bancaire (RIB) mentionnant vos codes IBAN et BIC.
- ☐ Votre dernier avis d'impôt sur le revenu.
- ☐ Les justificatifs établissant que vous étiez à la charge totale effective et permanente de l'assuré(e).