



DEMANDE DE CAPITAL DECES

Date de réception

Mettre une croix (x) dans la ou les case(s) correspondante(s) à votre demande :

- Régime des Salariés tranche A Régime des Salariés tranche B Régime de Protection Sociale en Milieu Rural (RPSMR)

1 ASSURE(E) DECEDE(E)

NOM suivi du nom marital

Prénom(s)

DN Né(e) le à

Décédé(e) le à

2 Je soussigné(e), DEMANDEUR

NOM suivi du nom marital

Prénom(s)

DN Né(e) le à

Adresse courrier

Adresse géographique

Téléphone Domicile Portable Bureau

Email Fax

Demande le versement du capital décès en qualité de Conjoint(e) survivant(e) Enfant à charge au sens du régime des prestations familiales
 Tuteur ou représentant légal de l'enfant ou des enfants à charge ci-après :

NOM du 1^{er} enfant

Prénom(s)

DN Né(e) le à

NOM du 2^{ème} enfant

Prénom(s)

DN Né(e) le à

PIECES A FOURNIR

- L'acte de décès de l'assuré(e)
- L'acte de notoriété
- Le relevé d'identité bancaire ou postal du/des bénéficiaire(s) en cas de changement de référence bancaire)
- Les 2 derniers bulletins de paie ou une attestation établie par l'employeur détaillant les 2 derniers salaires perçus par l'assuré(e)

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et m'engage à faciliter toutes enquêtes pour les vérifier et à informer la CPS de toutes modifications concernant ma situation.

Fait à le

Signature

La qualité d'enfant à charge est appréciée au jour du décès de l'assuré.

Le capital décès sera réparti à parts égales entre tous les bénéficiaires qui ne peuvent prétendre à une pension de réversion de conjoint survivant ou d'orphelin ou à une allocation veuvage.

Il ne peut être versé que sur un compte ouvert au nom du bénéficiaire.

Chaque personne susceptible de bénéficier du capital décès doit compléter et adresser sa propre demande. Pour un enfant mineur, la demande est formulée par le représentant légal (père ou mère) ou le tuteur.

L'action en paiement du capital décès se prescrit par 5 ans à compter du décès.