

La personne qui demande le capital décès

Vos nom et prénoms
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre adresse

Code Postal Commune N° de téléphone :

Votre nationalité Française UE/EEE/Suisse autre

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

Précisez votre lien avec la personne décédée :

- conjoint(e) non séparé(e) de droit ou de fait
- partenaire lié(e) par un PACS
- autre personne (concubin,...)
- précisez :
- descendant(e) (fils, fille, petit-fils,...)
- précisez :
- ascendant(e) (père, grand-père,...)
- précisez :

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"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<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"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<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"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Les renseignements concernant l'assuré(e) décédé(e)

Son n° de sécurité sociale

Ses nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Date du décès le décès est-il dû à un accident causé par un tiers ? oui non

si oui, date de cet accident

• Sa situation (moins de trois mois avant le décès)

Était-il(elle) salarié(e) ? oui non

Était-il(elle) en situation de chômage indemnisé ? oui non

Percevait-il(elle) une rente accident du travail/maladie professionnelle pour une incapacité d'au moins 66,66% ? oui non

Était-il(elle) bénéficiaire d'une pension d'invalidité ? oui non

• Au moment du décès, était-il(elle) en maintien de droit ? oui non

• Sa situation de famille

Au moment de son décès était-il(elle) ?
célibataire marié(e) pacsé(e) vie maritale/concubinage veuf(ve) divorcé(e)

ATTESTATION DU DEMANDEUR

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à le

signature

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 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 le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.
Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.