

# la demande de capital décès

(art. L. 161-8, L. 311-5, L. 332-1, L. 341-6, L. 361-1 à L. 361-5, R. 313-6, R. 361-2 à R. 361-5 et D. 361-1 du Code de la sécurité sociale)

## 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 <input type="checkbox"/> | • descendant(e) (fils, fille, petit-fils,...) <input type="checkbox"/> |
| • partenaire lié(e) par un PACS <input type="checkbox"/>                 | précisez : .....   |
| • autre personne (concubin,...) <input type="checkbox"/>                 | • ascendant(e) (père, grand-père,...) <input type="checkbox"/>         |
| précisez : .....   | 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)

Etais-il(elle) salarié(e) ? oui  non

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

Percevait-il(elle) une rente accident du travail/maladie professionnelle pour une incapacité d'100% ? oui  non

Etais-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 indus, 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.