

DEMANDE DE CAPITAL DECES

(article L 361-4 du code de la Sécurité sociale)

Avant de remplir le présent imprimé, lisez attentivement la notice explicative jointe

DEMANDEUR

Je soussigné(e)

NOM (1) : PRENOMS :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

Demande le versement du capital-décès en qualité de :

(2)

- Personne à charge
- Conjoint survivant non séparé de droit ou de fait
- Partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS)
- Descendant (3)
- Ascendant (4)

Certifie sur l'honneur, qu'à ma connaissance, il n'existe pas d'autres personnes susceptibles de prétendre au capital-décès que celles dont j'indique l'identité ci-dessous

BENEFICIAIRES

[illegible]

- (1) pour les femmes mariées, veuves ou divorcées, indiquez le nom de naissance suivi de la mention : épouse, veuve, divorcée et nom de famille du mari
- (2) rayez les mentions inutiles
- (3) indiquez le lien de parenté exact
- (4) précisez s'il s'agit d'un conjoint, d'un enfant légitime, naturel, reconnu ou non, recueilli, adoptif, pupille de la nation dont l'assuré était tuteur, d'un petit fils ou d'une petite fille venant par substitution ou d'un ascendant (père, mère, beau-père, belle-mère, grand-père, grand-mère)

ASSURE DECEDE

N° d'immatriculation :

NOM (1) : PRENOMS :

Décédé(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--

 à

A quelle date l'assuré a-t-il cessé son activité ?

Le décès est-il imputable à un accident causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

L'assuré était-il titulaire d'une pension d'invalidité ? ☐ OUI ☐ NON

d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ? ☐ OUI ☐ NON

SITUATION DE FAMILLE : L'assuré était au jour de son décès : ☐ marié, ☐ concubin, ☐ partenaire PACS,
☐ veuf, ☐ divorcé

Précisez, éventuellement, la date de décès du conjoint :

ou la date du jugement de divorce de l'assuré :

PERSONNE A CHARGE

Je certifie sur l'honneur qu'à la date du décès de :

☐ Mr ☐ Mme

J'étais à la charge effective, totale et permanente de celui-ci (celle-ci)

Montant global de mes ressources au cours du trimestre précédant le décès : €

Fait à , le

Signature du demandeur

CADRE RESERVE A LA MSA

Date du décès : | | | | | | | | | |

SALAIRES DONNANT LIEU A COTISATIONS AU COURS DE LA PERIODE DE REFERENCE

Validé	Nombre d'heures de travail	Salaires
		€
		€
		€
		€

TOTAL :

€

.....

MONTANT DU CAPITAL-DÉCÈS :

€

à , le

Signature :