

### Service Pensions

Pour tout renseignement, contacter :

- Tél. 01 44 90 13 25
- Fax 01 44 90 21 81
- Formulaire de contact accessible sur notre site Internet [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)

## DEMANDE DE CAPITAL DÉCÈS

ARTICLES 81, 82 ET 83 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20 DÉCEMBRE 1990 MODIFIÉ

### La personne qui demande le capital décès

#### Je soussigné(e)

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

#### Demande le versement du capital décès en qualité de :

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

descendant

ascendant à charge

} Lien de parenté

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 ?** 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 style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

N° CRPCEN

N° INSEE

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 ? OUI  NON

**SI OUI**, veuillez préciser :  accident du travail ?  accident de la circulation ?  accident causé par un tiers ?

Dans le dernier cas relater les circonstances :

---

---

---

---

### Attestation du demandeur

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier.**

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale, articles 313-1, 433-19, 313-3, 441-1 et 441-7 du Code Pénal).*

*La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

Fait à \_\_\_\_\_ Le  /  /

Signature

**Après avoir rempli et signé votre demande de capital décès, vous devrez l'adresser directement à la CRPCEN.**

### Pièces à produire

#### CONJOINT(E) SURVIVANT(E) OU DESCENDANT(S)

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré(e) décédé(e).
- Votre livret de famille à jour.
- Le certificat « cessation de fonctions » ci-joint dûment complété.
- Une attestation de la Caisse d'assurance maladie ou d'un autre organisme indiquant le montant de l'indemnité versée au titre du décès.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

**Précision :** Si le capital décès est dû à un mineur, le capital sera versé impérativement 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.
- Le certificat « cessation de fonctions » ci-joint dûment complété.
- Une attestation de la Caisse d'assurance maladie ou d'un autre organisme précisant le montant de l'indemnité versée au titre du décès.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).
- Votre dernier avis d'impôt sur le revenu.
- Les justifications établissant que vous étiez à la charge totale effective et permanente de l'assuré(e).