

# Demande de capital-décès des artisans

**Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents et de fournir les pièces justificatives listées en page VI et VII. Pour vous aider à remplir cet imprimé, nous vous renvoyons à la notice en page VIII.**

► **A - Le défunt**

Madame  Monsieur

Nom (de naissance) : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez le : .....

Prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Date de naissance : | | | | | | | | Nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....  
 (indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Date du décès | | | | | | | |

Célibataire  Marié(e)  depuis le | | | | | | | |

Divorcé(e)  Séparé(e) de corps  Séparé(e) de fait  veuf(ve)  depuis le | | | | | | | |

Dernières activités exercées par l'assuré(e) décédé(e) : .....

L'assuré(e) décédé(e) était, à la date de son décès, artisan en activité ? **oui**  **non**

Retraité(e) ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime des artisans ? **oui**  **non**

N° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° RSI : | | | | | | | |

Le décès est-il dû à un accident ? **oui**  **non**

Dans l'affirmative, existe-il un tiers responsable présumé ? **oui**  **non**

Nom du tiers responsable : .....

Adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... Pays : .....

Nom de la compagnie d'assurance du tiers : .....

Adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... Pays : .....

► **B - Le conjoint survivant**

Madame  Monsieur

Nom (de naissance) : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez le : .....

Prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Date de naissance : | | | | | | | | Nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....  
 (indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... Pays : .....

Au moment du décès, étiez-vous : Divorcé(e)  Séparé(e) de corps  Séparé(e) de fait

Reprenez-vous ou reprendrez-vous l'exploitation de l'entreprise : **oui**  **non**

N° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° RSI : | | | | | | | |



► **C – Les enfants à charge**

Mentionnez tous les enfants : vos enfants légitimes, légitimés (par mariage), adoptés, naturels (reconnus par l'assuré décédé) y compris les enfants mort-nés ou décédés.

Nom de naissance de l'enfant	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Date de décès	Situation (apprenti, salarié, étudiant, bénéficiaire d'une allocation en faveur des handicapés ...)

NB : si les enfants ou un des enfants est mineur, le capital est versé au représentant légal de l'enfant.

Le cas échéant,

Nom du tuteur des enfants mineurs : .....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : ..... Pays : .....

► **D – Toute personne autre que le conjoint qui était au jour du décès à charge effective totale et permanente de l'assuré(e) décédé(e)**

Nom - Prénom	Adresse	Vivait-il sous le même toit que l'assuré(e) décédé(e) ?	Ressources au cours	
			du trimestre civil précédant le décès	de l'année civile du décès
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

▶ **E – Autres descendants**

Nom - Prénom	Adresse

▶ **F – Les ascendants**

Nom - Prénom	Adresse

▶ **G – En l'absence de tout ayant droit**

Sur demande motivée, dans le cas présentant un caractère social, une aide (ne dépassant pas le montant du capital) peut être attribuée, sur demande motivée, à la personne qui a assumé les frais de dernière maladie ou d'obsèques de l'assuré(e).

Nom - prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal :  Commune : ..... Pays : .....

▶ **H – L'assuré(e) décédé(e) a-t-il modifié l'ordre des ayants-droits mentionnés de B à H par disposition testamentaire : oui  non**

► **I - Attestation sur l'honneur**

Je soussigné, .....

agissant pour mon propre compte    oui                     non

et / ou

agissant en qualité de (indiquer le lien de parenté ou la qualité de représentant)

pour le compte de .....

NB : en cas de pluralité de bénéficiaires, l'un des bénéficiaires ou le notaire chargé de liquider la succession peut se porter fort au nom de l'ensemble des ayants-droits

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier.

J'affirme avoir pris connaissance des peines auxquelles m'expose toute déclaration volontairement inexacte.

Fait à .....

Le | | | | | | | | | |

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal, L.725-13 du Code rural). 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.

Signature :

Partie réservée au conseiller RSI

1<sup>ère</sup> intervention le | | | | | | | | | |      demande délivrée le | | | | | | | | | |      réception le | | | | | | | | | |

Je soussigné(e) certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur sa nationalité, son état civil, celui de son conjoint, celui des (nombre en toutes lettres) enfants mentionnés ci-dessus.

Fait le | | | | | | | | | |      Signature du conseiller RSI :

Cachet de l'organisme

► **Vous venez de remplir une demande de capital-décès. Veillez à nous faire part de toute modification de votre situation. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre les pièces justificatives mentionnées dans la notice explicative.**