

Demande de capital-décès des industriels et commerçants

**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, commerçant en activité ? **oui** **non**

Retraité(e) ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime des industriels et commerçants ? **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 – Toute personne à charge au jour du décès**

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Lien de parenté éventuel avec le défunt :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Lien de parenté éventuel avec le défunt :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Lien de parenté éventuel avec le défunt :

Le(s) bénéficiaire(s) étai(en)t –il(s) à la charge de l'assuré(e) au jour du décès ? **oui** **non**

Dans l'affirmative, vivai(en)t-il(s) sous le toit de l'assuré(e) ? **oui** **non**

Montant des ressources personnelles (professionnelles ou autres) du bénéficiaire :

- **au cours du trimestre civil précédant le décès :** €

- **au cours de l'année civile précédant le décès :** €



▶ **C – 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 :

▶ **D – Les descendants**

Nom - Prénom	Adresse

▶ **E – Les ascendants**

Nom - Prénom	Adresse

▶ **F – 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 :

► **G - 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^{ère} 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 retraite :

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.**