

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU CAPITAL DECES

DEMANDE DE CAPITAL DECES

Je soussigné(e).....

(Nom, prénoms)

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Ville :

DEMANDE à la suite du décès de l'agent désigné ci-contre, le versement du capital décès en qualité de (1) :

- ☐ Conjoint non séparé de droit ou de fait. Dans ce cas, je certifie sur l'honneur que je n'étais pas séparé(e) de droit ou de fait du fonctionnaire au moment de son décès
- ☐ Partenaire d'un pacte civil de solidarité. Dans ce cas, je certifie sur l'honneur que le PACS n'était pas dissous et avait été conclu plus de deux ans avant le décès du fonctionnaire
- ☐ Descendant à charge } (2).....
- ☐ Ascendant à charge }
- ☐ Autre personne à charge. Dans ce cas, j'atteste sur l'honneur que j'étais à la charge effective, totale et permanente de l'assuré(e) le jour de son décès (Pour les ayants droit des fonctionnaires stagiaires)

CERTIFIE sur l'honneur, qu'à ma connaissance, il n'y a pas d'autres personnes bénéficiaires que celles dont l'identité est indiquée dans le tableau ci-contre.

Fait à, le

Signature du demandeur

(1) Cocher la case correspondante à votre situation

(2) Indiquer le lien de parenté exact

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE DECEDE(E)

Nom, prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES

Noms et prénoms	Date de naissance	Qualité (3)

(3) Préciser le lien de parenté avec l'agent décédé et si ce dernier était en période de stage, indiquer si le bénéficiaire était à la charge totale, effective et permanente de ce dernier.

L'article 441-1 du Code Pénal rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses mentionnées sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.