ATTESTATION DE VERSEMENT DU CAPITAL-DÉCÈS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT

NOM MARITAL : …… NOM DE NAISSANCE : ……

Prénoms : …… Date de naissance : ……

Date du décès : …… Date d'embauche : …… Situation de famille : ……

☐ Titulaire ☐ Stagiaire

Position (statutaire) pour les agents titulaires à la date du décès : ☐ Activité ☐ Détachement ☐ Disponibilité ☐ Sous les drapeaux

☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Temps non complet Nombre d'employeurs : …….

Le décès fait-il suite à : ☐ Accident du travail / Maladie professionnelle / Maladie imputable au service ☐ Autre

Fait-il suite à un acte de dévouement, à un attentat ou à une lutte dans l'exercice de ses fonctions ? ☐ Oui ☐ Non

Agent en retraite ? ☐ Oui ☐ Non si oui, date de la retraite : …….

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

AYANTS DROIT (Indiquez obligatoirement les ayants droits de l'Agent décédé : le ou les enfant(s), concubin, conjoint ou partenaire lié par un PACS)

Lien de parenté : ……

NOM, Prénoms ……Date de naissance : ……

Lien de parenté : ……

NOM, Prénoms ……Date de naissance : ……

Lien de parenté : ……

NOM, Prénoms ……Date de naissance : ……

Lien de parenté : ……

NOM, Prénoms ……Date de naissance : ……

Lien de parenté : ……

NOM, Prénoms ……Date de naissance : ……

ATTESTATION DE L'ETABLISSEMENT / DE LA COLLECTIVITÉ

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) ……

agissant en qualité de ……

certifie que le capital décès d'un montant* de .....€ a été versé et réparti aux ayants-droits nommés ci-dessus.

Fait à …… Le ……
pour valoir ce que de droit
(signature + cachet de l'établissement / de la collectivité)

* Merci de remplir le tableau ci-dessous avec le détail du calcul du montant ou de joindre un document le mentionnant.
Nota : Conformément aux dispositions de l'article L. 113.8 du code des assurances et sous réserve des dispositions de l'article L. 132.26 du même code, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de la collectivité contractante entraîne la nullité du contrat d'assurance.

Mois	M-12	M-11	M-10	M-9	M-8	M-7
Montant traitement de base						
Montant indemnités						

Mois	M-6	M-5	M-4	M-3	M-2	M-1
Montant traitement de base						
Montant indemnités						

M = mois du décès