

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'UN CAPITAL

suite à  un décès ou  une invalidité absolue et définitive

**Adresse de correspondance**

1-13 rue Denise Buisson  
93554 Montreuil Cedex  
T 01 58 57 63 99  
F 01 44 93 87 44  
klesia.fr

**PERSONNE DÉCÉDÉE OU INVALIDE**

NOM (en lettres capitales) et PRÉNOMS de la personne décédée ou invalide 3<sup>ème</sup> catégorie selon la Sécurité sociale (à laquelle se rapporte la présente demande) :

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Situation de famille :

célibataire  concubin(e)  pacsé(e)  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)

Date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive : \_\_\_\_\_

**PERSONNE AFFILIÉE**

NOM et prénoms : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Entreprise où le participant affilié exerçait son activité : \_\_\_\_\_

**PERSONNES À CHARGE AU MOMENT DU DÉCÈS OU DE L'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE**

NOMS - Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté

**PERSONNE ÉTABLISSANT LA DEMANDE**

NOM et prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (facultatif) : \_\_\_\_\_

**NOTAIRE CHARGÉ DE LA SUCCESSION**

NOM et prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_



**5** L'employeur déclare, dans le tableau ci-dessous, les salaires qui ont donné lieu au paiement des cotisations à l'Assurance-groupe au cours des douze mois précédant :

- soit le mois de décès, si le décès n'a pas été précédé d'un arrêt de travail,
- soit le mois au cours duquel le collaborateur a définitivement cessé son travail,

Le traitement de base de calcul des prestations sera déterminé à partir de cette déclaration, conformément aux dispositions propres au type de contrat concerné.

Année	Mois	Salaires (à l'exclusion des primes et des gratifications)	Primes - Gratifications		Montant des salaires en cas d'arrêt de travail (par suite de maladie ou d'accident) que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet <sup>1</sup>
			Montants versés au cours des mois cités dans le présent tableau	Périodes auxquelles se rapportent les primes et gratifications versées et déclarées au cours des mois cités dans le présent tableau	
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		
		€	€		

**1.** Si au cours de cette période de douze mois, le salarié a cessé son travail par suite de maladie ou d'accident, il est indispensable de joindre, au présent imprimé, les volets délivrés par la Sécurité sociale justifiant le paiement des prestations en espèces, ou, à défaut, une attestation de paiement de ces prestations.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

MENTION OBLIGATOIRE
<i>Cachet et signature de l'employeur</i>

## Voir au verso

Pièces justificatives  
à joindre à l'appui de la demande

- ❶ Rapport médical (modèle joint rempli par le médecin traitant) à nous retourner dans l'enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin-Conseil.
- ❷ Copie intégrale et lisible du livret de famille mentionnant le décès.
- ❸ Extrait d'acte de naissance, de mariage, de décès de l'assuré(e).
- ❹ Bordereau ou attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées en cas d'incapacité de travail s'il y a eu arrêt de travail avant le décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive.
- ❺ Pour une situation de famille « marié(e) » ou « pacsé(e) » : une attestation sur l'honneur du conjoint survivant indiquant s'il y a eu ou non jugement de séparation ou de non-conciliation (document joint à compléter).
- ❻ Photocopie lisible recto-verso de la pièce d'identité du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaires.
- ❼ Numéro de Sécurité sociale du conjoint, du demandeur ou du (des) bénéficiaire(s) (copie lisible de la carte vitale ou autre document).

### **DANS LE CAS DE PERSONNES À CHARGE**

- ❽ Éventuellement, une attestation de la Sécurité sociale stipulant que les personnes autres que le conjoint et les enfants (collatéraux, ascendants, descendants, alliés jusqu'au 3<sup>ème</sup> degré) sont considérés comme à charge par cet organisme.
- ❾ Justification, pour les enfants âgés de plus de 16 ans et moins de 26 ans, de la poursuite de leurs études (certificat de scolarité et attestation de la Sécurité sociale des étudiants) et, pour les enfants handicapés, de leur reconnaissance par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant décédé.
- ❿ Certificat d'apprentissage jusqu'à l'âge de 17 ans révolus.
- ⓫ Avis d'imposition ou attestation du Trésor Public reconnaissant le rattachement d'enfants (avec dates de naissance) au foyer fiscal de l'assuré(e) décédé(e) au titre de l'année de survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive.

### **DANS LE CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL**

- ⓬ Coupure de presse selon les circonstances du décès.
- ⓭ Procès verbal de gendarmerie ou police.
- ⓮ Extrait d'acte de décès du conjoint dans le cas de décès simultanés.

### **SUIVANT LES CIRCONSTANCES, IL POURRA ÊTRE DEMANDÉ**

- ⓯ Une copie lisible du jugement de tutelle ou un certificat d'administration légale délivré par le Juge des Tutelles portant la mention « destiné au règlement d'un capital décès ».
- ⓰ Une copie lisible du jugement de divorce, de séparation ou de non-conciliation.
- ⓱ Un acte notarié indiquant la dévolution successorale.
- ⓲ Un relevé d'identité bancaire du (ou des) bénéficiaire(s).
- ⓳ Selon le cas, RIB au nom de(s) l'enfant(s) mineur(s) portant la mention « Compte bloqué ».
- ⓴ La facture des frais d'obsèques acquittée et portant le nom de la personne les ayant acquittés.

Les assureurs ou les institutions de prévoyance se réservent le droit de demander des justificatifs complémentaires conformément aux dispositions du contrat ou de la législation fiscale et suivant les dossiers.