

DEMANDE DE CAPITAL

Décès Invalidité Absolue et Définitive

À retourner complété à l'adresse :
Capital Décès 3 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL CEDEX
contact-deces@klesia.fr
Tél : 01 56 06 26 40
www.klesia.fr

KLÉSIA Pro

ENTREPRISE ADHÉRENTE (où l'assuré exerçait son activité)

Raison sociale : _____
N° SIRET : _____
Adresse : _____
Code postal : Ville : _____
E-mail : _____

ASSURÉ

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____
Prénom : _____
N° de sécurité sociale :
Date de naissance :
Date de décès ou d'invalidité :
Situation de famille : Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Pacsé(e) Concubin(e)

PERSONNE DÉCÉDÉE OU INVALIDE*

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____
Prénom : _____
N° de sécurité sociale :
Date de naissance :
Date de décès ou d'invalidité :
Lien de parenté avec l'assuré : Conjoint (e) ou pacsé (e) Concubin(e) Enfant

CONJOINT ET ENFANT À CHARGE

Prénom, Nom	Date de naissance	Lien de parenté
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : Ville : _____
Tél : E-mail : _____

* À compléter uniquement en cas de décès du conjoint ou d'un enfant de l'assuré

RENSEIGNEMENT À FOURNIR PAR L'EMPLOYEUR

Date d'entrée dans l'entreprise* : _____

Date de sortie de l'entreprise* : _____

Motif* : Licenciement Démission Décès

Date de suspension du contrat de travail* : _____

Motif du congé* : sabbatique parental création d'entreprise formation sans maintien de salaire

— Catégorie professionnelle de l'emploi de l'assuré*

Non Cadre Cadre

— Au moment du sinistre l'assuré était* :

En invalidité : préciser la date d'effet de la pension d'invalidité : _____

En arrêt de travail depuis le : _____

Autres (préciser le motif) : _____

SALAIRE DE L'ASSURÉ

Les salaires qui ont donné lieu au paiement des cotisations à KLESIA PRÉVOYANCE au cours de la période précédant :

- Soit la date de l'invalidité ou du décès, si inexistence d'un arrêt de travail précédent l'invalidité ou le décès.
- Soit la date du dernier jour travaillé, si l'invalidité ou le décès a été précédé(e) d'un arrêt de travail

Périodes**	Début de période M / AAAA*	Fin de période M / AAAA*	Salaires bruts hors primes*	Primes*	Total*
Dernier mois civil de pleine activité					
12 derniers mois de travail de pleine activité ¹					
4 derniers trimestres civils de pleine activité					

L'entreprise certifie par la présente déclaration et atteste que l'assuré, M. _____

appartenait à la catégorie de personnel visée par les dispositions du contrat souscrit auprès de Klesia Prévoyance et figurait sur ses contrôles à la date de l'événement mettant en cause ces garanties.

Fait à : _____ le _____

POUR TOUT RENSEIGNEMENT S'ADRESSER À :

M. : _____

Tél : _____

E-mail : _____

* À compléter impérativement

** À compléter en fonction des garanties souscrites

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR
Mention obligatoire

1. En cas de suspension du contrat de travail suite à un arrêt de travail maladie ou AT/MP, ou un congé maternité, paternité, il y a lieu de reconstituer le salaire. Pas de reconstitution de salaire pour tout autre motif que ceux énoncés ci-dessus.

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce questionnaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK) ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires et délégataires de gestion. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À LA DEMANDE DE PRESTATIONS DÉCÈS

Pièces à fournir dans tous les cas	Pièces justificatives de la situation familiale	Pièces à fournir pour les enfants à charge
<ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance de l'assuré avec mentions marginales établi postérieurement au décès L'acte de naissance avec mentions marginales de moins de trois mois de chaque bénéficiaire. Le Relevé d'Identité Bancaire de chaque bénéficiaire. La carte nationale d'identité ou passeport de chaque bénéficiaire en cours de validité Demande de capital complétée par l'employeur (tampon commercial, signature et date) <p>En cas de rupture du contrat de travail</p> <p>En cas de maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'attestation de la Sécurité sociale mentionnant le versement d'indemnités journalières du dernier jour de travail jusqu'à la date de décès. <p>En cas d'invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les 3 derniers talons de paiements de la pension d'invalidité du dernier jour de travail jusqu'à la date de décès. <p>En cas de licenciement :</p> <ul style="list-style-type: none"> La notification de prise en charge délivrée par le Pôle Emploi mentionnant la date de début d'indemnisation et les jours de carences appliqués. L'attestation du Pôle Emploi mentionnant le versement de l'allocation chômage. 	<p>En cas de célibat /divorce/séparation/ veuvage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un acte de notoriété ou une attestation dévolutive en l'absence de succession. Le dernier avis d'imposition sur les revenus de l'assuré. <p>En cas de mariage /PACS :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance avec mentions marginales de moins de trois mois du conjoint ou partenaire de PACS. Le dernier avis d'imposition <p>En cas de concubinage :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance avec mentions marginales de moins de trois mois du concubin 2 justificatifs de domicile de moins de trois mois à la date du décès : justificatifs au nom des 2 concubins ou de chacun d'eux à la même adresse. Si aucun enfant n'est issu de l'union, il sera demandé 2 justificatifs de domicile attestant des 2 années de vie commune précédant le décès. Factures (EDF, Téléphone, Gaz) ou quittances. Le dernier avis d'imposition sur les revenus de l'assuré et du concubin. 	<p>Pour les enfants de plus de 16 ans jusqu'à 26 ans :</p> <p>Si poursuite d'études ou apprentissage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le certificat de scolarité en vigueur à la date du décès. <p>Pour les enfants en recherche d'emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le justificatif d'inscription au Pôle Emploi en vigueur à la date du décès <p>Pour les enfants en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'attestation de paiement par la Caisse d'Allocations Familiales de l'AAH <p>En cas de divorce/séparation :</p> <ul style="list-style-type: none"> La copie du jugement relatif au versement de la pension alimentaire. La copie de l'attestation de droits (attestation Vitale) Le dernier avis d'imposition sur les revenus du participant et/ou du conjoint
<p>En cas de décès accidentel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Procès-verbal de gendarmerie ou de police accompagné du rapport d'analyse toxicologique <p>En cas de décès survenu au cours de la première année d'affiliation à notre régime de prévoyance :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un certificat médical précisant la date de survenance de la pathologie ayant entraîné le décès et la cause du décès. L'attestation de sécurité sociale mentionnant le versement d'indemnités journalières du dernier jour de travail jusqu'à la date du décès 	<p>En cas d'invalidité absolue et définitive</p> <ul style="list-style-type: none"> Notification d'invalidité Dernier talon de paiement de la pension d'invalidité 	
FRAIS D'OBSÈQUES*		
<p>Décès du participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance du participant décédé avec mentions marginales établi postérieurement au décès Facture des frais d'obsèques avec mention "acquittée " et nom du payeur La carte nationale d'identité ou passeport du payeur en cours de validité RIB du payeur <p>Décès Enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance de l'enfant décédé avec mentions marginales établi postérieurement au décès Facture des frais d'obsèques avec mention "acquittée " et nom du payeur La carte nationale d'identité ou passeport du payeur en cours de validité RIB du payeur Acte de naissance de l'assuré avec mentions marginales établi postérieurement au décès Demande de règlement de frais d'obsèques le cas échéant <p>Décès Conjoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acte de naissance de l'assuré avec mentions marginales établi postérieurement au décès L'acte de naissance du conjoint décédé avec mentions marginales établi postérieurement au décès Facture des frais d'obsèques avec mention "acquittée " et nom du payeur La carte nationale d'identité ou passeport du payeur en cours de validité RIB du payeur Demande de règlement de frais d'obsèques le cas échéant 		
RENTES*		
ÉDUCATION		DE CONJOINT
<ul style="list-style-type: none"> Certificat de scolarité Le dernier avis d'imposition sur les revenus du participant et/ou du conjoint Acte de naissance de moins de trois mois avec mention marginale de l'enfant <p>Pour les enfants majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> La carte nationale d'identité de l'enfant majeur en cours de validité L'Attestation de droits (attestation Vitale) de l'enfant majeur RIB de l'enfant majeur <p>Pour les enfants mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> La carte nationale d'identité ou passeport du parent/tuteur en cours de validité L'Attestation de droits (attestation Vitale) du destinataire de paiement (parent/tuteur) ainsi que celui de l'enfant RIB du destinataire de paiement (parent/tuteur) 	<ul style="list-style-type: none"> Acte de naissance du conjoint établi postérieurement au décès de l'assuré Attestation de sécurité sociale du conjoint La copie recto verso de la carte nationale d'identité en cours de validité du conjoint <p>Pour les Rentes temporaires de conjoint</p> <ul style="list-style-type: none"> L'attestation de droits (attestation Vitale) du conjoint RIB du bénéficiaire La carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité du conjoint Le dernier avis d'imposition La notification de non-perception de la pension de réversion <p>Rentes viagères de conjoint</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Attestation de droits (attestation Vitale) du conjoint Le RIB du bénéficiaire La carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité du conjoint Dernier avis d'imposition 	

*Prise en charge des prestations selon garanties prévues au contrat.

Cette liste de pièces n'est pas exhaustive, d'autres documents pourront être demandés

**COUPON RÉPONSE
DEMANDE DE PRESTATION DÉCÈS**

CAPITAL DÉCÈS 3
CS 30027
93108 MONTREUIL CEDEX

IMPORTANT

POUR TOUTE CORRESPONDANCE, MERCI DE JOINDRE CE COUPON RÉPONSE
À NOUS RENVOYER À L'ADRESSE CI-DESSUS