

La demande de capital-décès en cas de décès d'une personne assurée du régime de protection sociale des Travailleurs Indépendants

Articles L. 631-1 et suivants Code de la Sécurité Sociale

Règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs indépendants (Arrêté du 21/12/2018).

1/Les renseignements concernant l'assuré(e) décédé(e) ①

Son n° de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | |

Son nom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Ses prénoms :

Date de naissance : | | | | | | | |

Commune de naissance : Département :

Pays

Date du décès : | | | | | | | |

Sa situation au jour du décès :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ PACS ☐

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 :

Artisan ou commerçant en activité ? oui ☐ non ☐

Retraité(e) ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime des artisans, industriels et commerçants ? oui ☐ non ☐

Le décès est-il dû à un accident causé par un tiers ? oui ☐ non ☐

Si oui date de cet accident ? | | | | | | | |

2/ Les renseignements concernant la (les) personne(s) qui demande(nt) le capital décès

- Si vous étiez à la charge effective, totale et permanente de l'assuré(e) au jour de son décès ② :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : | | | | | Commune : Pays

Précisez votre lien avec la personne décédée :

Conjoint(e) non séparé(e) de droit ou de fait ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐

Autre personne (concubin...) ☐

Descendant(e) (fils, fille, petit-fils...) ☐ Précisez :

Ascendant(e) (père, mère, grand-père...) ☐ Précisez :

Etiez-vous à la charge totale, effective et permanente de l'assuré(e) au jour du décès ? oui ☐ non ☐

Si oui, viviez-vous sous le toit de l'assuré(e) décédé(e) ? oui ☐ non ☐

Montant de vos ressources personnelles (professionnelles ou autres) :

- au cours du trimestre civil précédant le décès :€

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

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : | | | | | Commune : Pays :

Lien de parenté éventuel avec le défunt :

.....

Etiez-vous à la charge totale, effective et permanente de l'assuré(e) au jour du décès ? oui ☐ non ☐

Si oui, viviez-vous sous le toit de l'assuré(e) décédé(e) ? oui ☐ non ☐

Montant de vos ressources personnelles (professionnelles ou autres) :

- au cours du trimestre civil précédant le décès :€

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

- Si vous n'étiez pas à la charge effective et permanente de l'assuré(e) au jour de son décès, précisez votre lien avec l'assuré(e) ③ :

Conjoint survivant :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom (de naissance) :

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénoms :

Au moment du décès, étiez-vous : Marié(e) avec l'assuré(e) ☐ Divorcé(e) de l'assuré(e) ☐

Séparé(e) de corps de l'assuré(e) ☐ Séparé(e) de fait de l'assuré(e) ☐ depuis le | | | | |

Date de naissance : | | | | |

Commune de naissance : Département :

Pays :

Adresse :

Code postal : | | | | | Commune : Pays :

Descendants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Adresse

Ascendants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Adresse

3/ Les renseignements concernant l'(les) enfant(s) qui demande(nt) le capital décès orphelin ^④ :

Mentionnez tous les enfants: enfants du défunt légitimes, légitimés (par mariage), adoptés, naturels reconnus :

Nom de naissance de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Situation (apprenti, salarié, étudiant, bénéficiaire d'une allocation en faveur des handicapés...)	Montant des ressources personnelles

Le cas échéant,

Nom – Prénom du tuteur des enfants mineurs :

Adresse :

Code postal : | | | | Commune : Pays :

4/ Attestation sur l'honneur du (des) demandeur (s)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait àle

Nom	Prénom	Signature <u>de chaque demandeur</u>

Toute fausse déclaration en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible d'une pénalité financière, d'une amende et/ou d'une peine d'emprisonnement (articles L 114-17-1 du Code de sécurité sociale, article 441-6 du Code pénal)

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.