

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'UNE ALLOCATION POUR FRAIS D'OBSÈQUES

Décès assuré(e)**Décès d'un membre de la famille****Demande à retourner complétée à l'adresse suivante :**Capital Décès 2 - CS 30027 - 93108 Montreuil Cedex ou sur fo.deces.cp@klesia.fr**ENTREPRISE ADHÉRENTE (où l'assuré(e) exerçait son activité)**

Raison sociale :

SIRET :

NIC :

Adresse :

Code postal :

Ville :

E-mail :

ASSURÉ(E)

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

clé :

Date de décès :

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Pacs ☐ Vie maritale**À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT OU D'UN ENFANT DE L'ASSURÉ(E) :**

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

clé :

Date de décès ou d'invalidité :

Cause du décès : ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Naturelle ☐ Suicide ☐ HomicideLien de parenté avec l'assuré(e) : ☐ Conjoint(e) ou pacsé(e) ☐ Conubin(e) ☐ Enfant**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

RENSEIGNEMENT À FOURNIR PAR L'EMPLOYEUR

Date d'entrée dans l'entreprise¹ :

Date de sortie de l'entreprise¹ :

Motif¹ : ☐ 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(e) : ☐ Non cadre ☐ Cadre

Au moment du sinistre, l'assuré(e) était :

☐ En invalidité : précisez la date d'effet de la pension d'invalidité :

☐ En arrêt de travail depuis le :

☐ Autre (précisez le motif) :

L'entreprise certifie par la présente déclaration et atteste que l'assuré(e)

appartenait à la catégorie de personnel visée par les dispositions du contrat souscrit auprès de CARCEPT-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./Mme :

Tél. :

E-mail :

MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'employeur :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE EN CAS DE FRAIS D'OBSÈQUES

- Votre attestation de tiers payant santé (mutuelle) ou votre attestation de Sécurité sociale
- La Facture des frais d'obsèques avec mention "acquittée" et nom du payeur
- La carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité du payeur
- Le Relevé d'Identité Bancaire du payeur
- L'acte de naissance de l'assuré avec mentions marginales et celui du défunt établis postérieurement au décès
- Le justificatif, d'enfants à charge en cas de décès de l'enfant suivant les dispositions contractuelles
- Les justifications de concubinage suivant des dispositions contractuelle en cas de concubinage