

ATTESTATION DE VERSEMENT DU CAPITAL-DECES

A remplir par la collectivité employeur

AGENT

Numéro de Sécurité Sociale : Date du décès :
NOM PATRONYMIQUE : Prénoms :
NOM MARITAL : Date d'embauche :

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

AYANTS DROIT en référence à l'article D 712-20 du code de sécurité sociale

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 :
Lien de parenté :
NOM, Prénoms Date de naissance :
Lien de parenté :
NOM, Prénoms Date de naissance :

ATTESTATION DE LA COLLECTIVITE

Je soussigné (NOM, Prénom, Fonction)

atteste que seuls les ayants droit, nommément désignés ci-dessus, peuvent prétendre au bénéfice du capital décès.

Fait à le
pour valoir ce que de droit.....
(signature + cachet de la collectivité)

Nota : Le fonctionnaire certifiant les renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires en application de l'article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique Territoriale.