

DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS DÉCÈS
CONTRAT IDCP N°93006.IDCP.01

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Agent Conjoint de l'agent Enfant à charge de l'agent Ascendant à charge de l'agent

Nom et Prénom

Date de Naissance

Adresse

Code postal Ville

N°identifiant agent :

CAS de (précisez en toutes lettres) SLVie N°

DÉCLARATION DU DÉCÈS

Date du décès :

Cause du décès Mort naturelle Maladie
 Accident : Date Heure Lieu

Un constat de Police ou de Gendarmerie a-t-il été dressé ? Oui Non

Si oui, indiquez quelles sont les autorités de Police ou de Gendarmerie ayant eu à constater l'accident, ainsi que la date et le N° du Procès-verbal :

.....

Circonstances détaillées (préciser s'il s'agit d'un accident de sport de compétition amateur, loisirs, circulation, domestique, travail). **À remplir obligatoirement.**

.....

RENSEIGNEMENT SUR LE BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ PAR L'ASSURÉ

Nom et Prénom

Nom de naissance Date de Naissance

Adresse

Code postal Ville

PIÈCES À FOURNIR

- Ce formulaire en deux exemplaires dûment remplis, datés et signés,
- Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille au jour de l'événement ouvrant droit au versement de la prestation :
 - en cas de PACS, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu de naissance ou par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.
 - en cas de concubinage, tous documents attestant du concubinage, du domicile commun et du fait que l'assuré et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature.
- Les bulletins de salaire pour les actifs ou bulletins de pension pour les inactifs (du mois de la survenance du sinistre).
- Deux exemplaires de l'extrait de l'acte de décès.
- Un certificat médical indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu.
- Le cas échéant, tout document précisant la date et l'heure, le lieu, la cause et les circonstances détaillées de l'accident ayant entraîné le décès et, si l'accident a donné lieu à des constatations des autorités de police ou de gendarmerie, la date et le numéro du procès verbal.
- Lorsque l'assuré vit en concubinage, pour la garantie "rente viagère de conjoint", toute pièce attestant de l'existence d'enfant(s) issu(s) du concubinage ou, à défaut, de la durée minimale de vie commune de 2 ans (un certificat de vie maritale délivré par la mairie du domicile commun, à défaut par témoignages s'ils sont effectués par au moins deux personnes extérieures à la famille des concubins et corroborés d'une déclaration sur l'honneur signée par le concubin).
- Toute pièce justifiant, pour les enfants âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans selon qu'ils poursuivent leurs études, ou qu'ils sont sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, qu'ils sont considérés par l'administration fiscale comme étant à la charge de l'assuré et pris en compte pour la détermination du quotient familial servant au calcul de l'impôt sur le revenu.
- Si handicapés, toute pièce justifiant qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation ou qu'ils en auraient bénéficié lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers à usage de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de portabilité, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relation Adhérents - Solimut Mutuelle de France - CS 31401 - 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus.

Fait à le

Signature du bénéficiaire

(ou de son représentant légal ;
préciser son nom, prénom et qualité) :
précédée de la mention "lu et approuvé"