

DEMANDE DE PRESTATIONS DÉCÈS

(Capital-décès / Rente conjoint / Rente enfant)

48120

▶ Je demande le versement : d'un capital-décès d'une rente conjoint d'une rente enfant

▶ Identité de l'assuré(e) décédé(e)

Référence Cipav :	CI _ _ _ _ _
N° de sécurité sociale :	<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"/>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de décès :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

▶ Identité du demandeur

N° de sécurité sociale :	<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"/>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :
Lien de parenté avec l'assuré(e) décédé(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez lequel :

▶ Votre adresse

.....
.....
.....
.....

▶ Vos coordonnées

Téléphone fixe :	<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"/>
Téléphone portable :	<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"/>
E-mail :@.....

