



CAPSSA

DEMANDE DE PARTICIPATION AUX FRAIS D'OBSEQUES

Le demandeur complète les rubriques 1-2-3-4, joint les pièces justificatives listées à la rubrique 5 et adresse l'imprimé à la CAPSSA.

1 – SITUATION DU PARTICIPANT DECEDE

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) : Né(e) le :

Date du décès :

2 – SITUATION DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Né(e) le : Qualité du demandeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

3 – PARTICIPATION(S) VERSEE(S) PAR D'AUTRES ORGANISMES

Avez-vous perçu des participations d'autres organismes ? OUI NON

Si OUI :

Mutuelle : , Euros

Organisme de Sécurité Sociale : , Euros

Centre Communal d'Action Sociale ou Collectivité locale : , Euros

Autres (à préciser) : , Euros

4 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : déclare avoir pris connaissance des textes régissant les garanties décès. Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA, ces derniers étant décrits dans le document « Mise en application du Règlement Général sur la Protection des Données au 25 mai 2018 » publié sur le site de la CAPSSA (www.capssa.fr rubrique publications).

Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 Paris en justifiant de votre identité.

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant aux rubriques 1,2 et 3 du présent imprimé.

Fait à : le

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"



CAISSE DE PREVOYANCE DES AGENTS DE LA SECURITE SOCIALE ET ASSIMILES
Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

2ter, Boulevard Saint-Martin 75010 PARIS - Tel : 01 48 03 90 90 - Fax : 01 48 03 90 91e-mail : sce.technique@capssa.fr

DFO 0718

5 – PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE

- ▶ Acte ou bulletin de décès du participant,
- ▶ Pièce d'identité du demandeur (**au choix**) :
 - photocopie recto verso de la carte d'identité en cours de validité ;
 - photocopie du passeport en cours de validité.
- ▶ L'original de la facture **acquittée** des pompes funèbres,
- ▶ La copie des justificatifs des remboursements effectués par les autres organismes,
- ▶ Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne au nom du demandeur.