

DECLARATION DE DECES

(à remplir par l'établissement)



| CARCEL PRÉVOYANCE

> ETABLISSEMENT ADHERENT

Je soussigné(e)

Fonction

Représentant l'établissement adhérent

Numéro de contrat

certifie sincères les renseignements indiqués ci-après.

COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT ?

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez.
- 3- Retournez le à :
Humanis Prévoyance
Immeuble Britannia
20 bd Eugène Deruelle
69432 Lyon cedex 03

> PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° Sécurité sociale ou MSA

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille au jour du décès

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Fonction

Ancienneté dans la profession ans mois jours

Date d'entrée dans l'établissement

Statut enseignant régime fonctionnaire enseignant régime Sécurité sociale / MSA salarié rémunéré par l'établissement

Cadre Non Cadre

Contrat de travail à temps Complet Incomplet Partiel autorisé

Durée de travail effectif au cours de 18 derniers mois mois

Personne à charge Oui Non

> DECES

Date du décès

cause du décès

Situation du participant le jour du décès En activité

En arrêt de travail pour (motif)

Date de l'arrêt de travail

Date de rupture du contrat de travail

Période pendant laquelle une rémunération totale ou partielle a été maintenue par l'employeur en cas d'arrêt de travail :

du au



> BENEFICIAIRES

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Téléphone	<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	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Téléphone	<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	<input type="text"/>

> PIECES A JOINDRE

- L'original de la désignation de bénéficiaire (ou notification écrite de l'absence de désignation).
- Copie du livret de famille.
- Extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales pour l'assuré et pour chaque bénéficiaire, ainsi que pour les enfants à charge dans le cas où des majorations ou des rentes éducation sont prévues contractuellement.
- L'original de l'acte de décès.
- Un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.
- Déclaration du choix d'option du ou des bénéficiaires.
- Photocopies des douze bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou le décès.
- Certificat de scolarité récent pour les enfants majeurs poursuivant leurs études ainsi que la photocopie de la carte Sécurité sociale Etudiante ou, le cas échéant, une attestation de stage ou une copie du contrat d'apprentissage ou une copie du dernier justificatif de paiement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou adultes handicapés (AAH) et un justificatif des revenus perçus.
- L'attestation d'inscription au Pôle Emploi pour les enfants âgés de plus de 21 ans et de moins de 23 ans si ces derniers sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi.
- Un certificat de nationalité et de résidence le cas échéant.
- La copie du jugement de tutelle le cas échéant.

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

> PERSONNE A Contacter (si besoin)

Nom	<input type="text"/>
N° Téléphone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° Fax	<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	<input type="text"/>

Je certifie que l'intéressé figure sur les listes du personnel à la date d'ouverture des droits.

A le

Cachet de l'établissement et signature

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.