

Date de réception



Cadre réservé à CNP Assurances

DP N°

Dossier N°

Archivage

DEMANDE DE PRESTATIONS DÉCÈS OU PTIA

La demande de prestation constitue le document de référence et doit être intégralement renseignée

OBJET DE LA DEMANDE

Selon les termes de votre contrat, cocher les rubriques proposées :

• Nature du risque réalisé

Décès

Double effet

PTIA

• Type de prestation à servir

Capital

Rente de conjoint

Rente éducation

Rente survie

• Personne victime du sinistre

Assuré principal

Son conjoint

Enfant à charge

Caution

Autre cas (à préciser) :

IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

N° du contrat (impératif) :

Date d'effet

N° de client/collectivité

Raison sociale :

Pour tous renseignements s'adresser à :

Tél :

Adresse :

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Madame Monsieur

Situation de famille (C, M, V, D, S) :

Nom patronymique :

Prénoms :

Nom d'usage :

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée dans l'assurance :

À jour des cotisations

Décédé ou PTIA le :

Modalité d'assurance (QS, SF, DES...) :

Base de garantie

Montant du capital : X2 : X3 si accident :

Montant du forfait : % garantie souscrite : N° du groupe d'assurance (MEG) :

Montant du salaire (indice traitement brut annuel ou montant annuel) Indemnités accessoires : OUI NON

Montant de la rente : Annuelle : Trimestrielle :

CAUSE DU SINISTRE**Le décès est consécutif à :**

Mort naturelle

Accident

Accident de la circulation

Suicide

Homicide

La PTIA est consécutive à :

Maladie

Accident

Accident du travail

Accident de trajet

Accident de la circulation

Autre cause d'accident

BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE OU DU CAPITAL

Madame Monsieur Situation de famille (C,M,V,D,S) :

Nom patronymique : Prénoms :

Nom d'usage : Date de naissance :

Adresse :

Madame Monsieur Situation de famille (C,M,V,D,S) :

Nom patronymique : Prénoms :

Nom d'usage : Date de naissance :

Adresse :

Madame Monsieur Situation de famille (C,M,V,D,S) :

Nom patronymique : Prénoms :

Nom d'usage : Date de naissance :

Adresse :

Tuteur : OUI NON Madame Monsieur

Nom : Prénoms :

Adresse :

DESTINATAIRE DU RÉGLEMENT

Paiement ordonnancé au client/collectivité

au bénéficiaire

au tuteur

autre (notaire, pompes funèbres...)

Joindre à la demande de prestations le(s) RIB nécessaire(s) au paiement de la prestation.

En cas de reversement à tort, le(s) bénéficiaire(s) s'engage(nt) à reverser le montant indûment perçu.

PIÈCES JUSTIFICATIVES JOINTES OBLIGATOIREMENT

- Copie du bulletin d'adhésion et des formalités d'entrée dans l'assurance (QS, DES...)
- Certificat médical précisant la nature du décès (cause naturelle ou accidentelle)
- Copie de la dernière désignation de bénéficiaire(s) en vigueur
- Extrait d'acte de décès
- Copie recto verso du document officiel en cours de validité prouvant l'identité de chaque bénéficiaire: CNI, Passeport ou Titre de séjour
- Copie du livret de famille de l'assuré du ou des bénéficiaires
- Relevé d'identité bancaire ou postal de chaque bénéficiaire - pour le mineur un RIB à son nom est nécessaire

EN FONCTION DU CONTRAT

- Dernier avis d'imposition de l'assuré
- Copie des 12 derniers bulletins de salaire ou attestation de l'employeur

EN CAS D'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL

Si le niveau de la garantie en dépend, fournir en outre :

- Rapport de police ou de gendarmerie
- Coupure de presse, constat de pompiers, SAMU...
- Document de sécurité sociale attestant d'un accident du travail ou de trajet

EN CAS DE FRAIS D'OBSÈQUES

- Copie de la facture acquittée

LORSQU'IL Y A DES ENFANTS À CHARGE

Si le niveau de garantie en dépend fournir en outre :

- Certificat de scolarité délivré par un établissement agréé
- Copie du jugement de tutelle pour les enfants mineurs ou le majeur protégé
- Copie de la carte d'invalidité civil en cas d'infirmité supérieure à 80 % ainsi que le document attestant de la date de mise en invalidité

EN CAS DE DÉCÈS D'UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS

- Fournir en outre une facture acquittée des frais d'obsèques engagés

EN CAS DE PTIA

- Notification de la sécurité sociale fixant le degré d'invalidité de l'assuré ou avis du Comité de Réforme
- Attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
- Certificat médical ou AMI (Attestation Médicale d'Invalidité)

Joindre toute autre pièce qui pourrait être nécessaire selon les dispositions prévues au contrat.

OBSERVATIONS - CORRESPONDANCES

La signature certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande de prestations

Fait à _____ le _____

Signature et nom de la personne ayant constitué le dossier	Cachet de l'organisme gestionnaire du contrat (le cas échéant) :	Cachet du souscripteur :
--	--	--------------------------