***Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute Garonne***

***590 rue Buissonnière 31676 LABEGE CEDEX***

***🕿 05 81 91 93 00 🖹 05 62 26 09 39*** [***assurance@cdg31.fr***](mailto:assurance@cdg31.fr) ***– www.cdg31.fr***

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00

# **ATTENTION : TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES**

###### Employeur

**Nom de la Collectivité ou de l’Etablissement :** ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Adresse :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**CP :** --------------------------------------- **Ville :** ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Police N° :** -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### Agent

**Nom :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **Prénom :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nom de jeune fille :** ------------------------------------------------------------------------------------------- **Date de naissance :** --------- **/** --------- **/** --------- **Nombre d’enfants à charge :** ---------

###### deces

###### Date : --------- / --------- / ---------

**Cause du décès :** **🞎** Acte de dévouement  **🞎** Accident de travail **🞎** Autres causes

###### Liste des ayants droit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Code parenté** | **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance**  **Code parenté :**   1. Conjoint(e) 2. Enfant à charge 3. Ascendant à charge |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

###### Montant du capital deces

###### 🞎 Agent titulaire avant l’âge légal de départ à la retraite 🞎 Agent titulaire après l’âge légal de départ à la retraite 🞎 Agent stagiaire

###### Décès Autres Causes :

###### Montant : ---------------------------- Majoration enfant à charge : ----------------------- Total : --------------------------------------

###### Décès suite Accident de travail ou acte de dévouement :

###### Traitement indiciaire brut : ---------------------------- Majoration enfant à charge : ----------------------- Total : --------------------------------------

###### Attestation de la collectivité

###### Je soussigné (Nom, Prénom et Fonction) : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- Atteste que seuls les ayants droit, nommément désignés ci-dessus, peuvent prétendre au bénéfice du capital décès.

###### Fait à : -------------------------------------------------------------------- Le : --------- / --------- / ---------

###### Pour valoir ce que de droit

###### Signature et cachet de la Collectivité :

**Décret n°2021-1860 du 27/12/2021**

**Obligation statutaire** : versement d’un capital décès aux ayants droits définis par les textes (articles D 712-19 et suivants du Code de Sécurité Sociale) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut du défunt** | **Régime du capital-décès** | **Versement du capital-décès** |
| Fonctionnaire stagiaire CNRACL | Régime général | Employeur Territorial |
| Fonctionnaire titulaire CNRACL | Régime spécial | Employeur Territorial |
| Fonctionnaire titulaire CNRACL détaché pour effectuer un stage | Régime spécial | Employeur Territorial |