

**ATTESTATION DE VERSEMENT DU CAPITAL-DECES**

*A remplir par la collectivité employeur*

**AGENT**

Numéro de Sécurité Sociale : ..... Date du décès : .....  
NOM PATRONYMIQUE : ..... Prénoms : .....  
NOM MARITAL : .....

**AYANTS DROIT en référence à l'article D.712-20 du code de sécurité sociale**

Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....  
Lien de parenté : .....  
NOM, Prénoms ..... Date de naissance : .....

**ATTESTATION DE LA COLLECTIVITE**

Je soussigné (NOM, Prénom, 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 + cachet de la collectivité)

Nota : Le fonctionnaire certifiant les renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires en application de l'article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique Territoriale.