

**GRAS SAVOYE ORMES**

ADP Secteur Public

TSA 20413

69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 02.38.70.36.10 Fax : 02.38.70.36.00

**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
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

###### Traitement indiciaire brut / montant forfaitaire : ----------------------------------------- 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 :

######

**Ne tardez pas à nous adresser ce document afin d’éviter un rejet dû à une déclaration tardive**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année de naissance de l’agent décédé** | **Age légal de départ à la retraite** | **Age limite pour départ à la retraite** |
| Avant le 1er juillet 1951 | 60 ans | 65 ans |
| Entre le 1er juillet et le 31 décembre 1951 | 60 ans et 4 mois | 65 ans et 4 mois |
| En 1952 | 60 ans et 9 mois | 65 ans et 9 mois |
| En 1953 | 61 ans et 2 mois | 66 ans et 2 mois |
| En 1954 | 61 ans et 7 mois | 66 ans et 7 mois |
| A compter du 1er janvier 1955 | 62 ans | 67 ans |

 ***Selon la réglementation actuelle – mai 2016***

######  Calcul capital deces agents cnracl

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Applicable pour les décès survenus avant le 06/11/2015** | Montant du capital décès autres causes | Si décès faisant suite àAS / Maladie imputable au service / MP | Si décès faisant suite à acte de dévouement ou attentat |
| Agent titulaire n’ayant pas atteint l’âge légal de départ à la retraite | 12 X TIB mensuel+ Majoration pour enfant à charge | 12 X TIB mensuel+ Majoration pour enfant à charge+ Participation possible aux frais funéraires | 12 X TIB mensuel+ Majoration pour enfant à charge*A verser durant 3 ans* |
| Agent titulaire ayant atteint l’âge légal de départ à la retraite et agent stagiaire | 3 X TIB mensuel | 3 X TIB mensuel+ Participation possible aux frais funéraires | 3 X TIB mensuel*A verser durant 3 ans* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Applicable pour les décès survenus à compter du 06/11/2015** | Montant du capital décès autres causes | Si décès faisant suite àAS / Maladie imputable au service / MP | Si décès faisant suite à acte de dévouement ou attentat |
| Agent titulaire n’ayant pas atteint l’âge légal de départ à la retraite | 4 X Montant forfaitaire \*+ Majoration pour enfant à charge | 12 X TIB mensuel+ Majoration pour enfant à charge+ participation possible aux frais funéraires | 12 X TIB mensuel+ Majoration pour enfant à charge*A verser durant 3 ans* |
| Agent titulaire ayant atteint l’âge légal de départ à la retraite | Montant forfaitaire \* | 12 X TIB Mensuel+ Participation possible aux frais funéraires | 12 X TIB mensuel*A verser durant 3 ans* |
| Agent stagiaire | Montant forfaitaire \* | Montant forfaitaire \* + Participation possible aux frais funéraires | Montant forfaitaire \**A verser durant 3 ans* |

***\*Montant forfaitaire à l’article D.361-1 du code de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du décès du fonctionnaire***