République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales
Caisse Nationale de Sécurité Sociale

الجمهوريـة التونسيـة
وزارة الشؤون الاجتماعية
الصّندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Demande d'Indemnité de décès

Pièces à fournir :
- **La présente demande** dûment remplie et signée.
- Un **extrait d'acte de décès** de la personne décédée ou un **permis d'inhumer** en cas de mort-né.
- **Un formulaire de déclaration d'accident** non professionnel ou une copie de la déclaration d'accident du travail au cas où le décès est dû à un accident.

Délai de dépôt de la demande : 1 an à compter de la date du décès.

- L'indemnité de décès est due à l'assuré social en cas de décès de son conjoint non assuré ou d'un enfant à sa charge.
- L'indemnité est due au conjoint ou aux enfants en cas de décès d'un assuré social immatriculé à l'un des deux régimes de sécurité sociale du secteur agricole, non dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

L'Assuré Social

Nom et prénom : .....

Numéro Matricule de l'Assuré Social |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Le conjoint de l'Assuré Social

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro Matricule de l'Assuré Social |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Numéro Matricule de la Caisse Nationale de Retraite et prévoyance Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Personne décédée (*)

☐ L'assuré social
☐ Le conjoint de l'assuré social
☐ Enfant de l'assuré social
Nom et prénom : .....
Date de naissance : .....

Date du décès : .....

Cause du décès **(*)** : ☐ Mort naturelle ☐ Accident non professionnel ☐ Maladie professionnelle ☐ Accident de travail

Je soussigné .....

pièce d'identité N°..... type : ..... délivrée le .....

résidant à .....

cité : ..... Immeuble n° ..... Appt n°.....

localité : .... Code postal |_|_|_|_|

demande de recevoir l'indemnité de décès en qualité **(*)** ☐d'assuré social ☐d'ayant-droit de l'assuré social

Fait à ..... **le** .....

Signature

Rappel : En cas d'accident, joindre obligatoirement une déclaration d'accident non professionnel.

Partie à remplir par l'employeur si l'assuré social est salarié

Numéro d'affiliation |_|_|_|_|_|_| |_|_|

Nom ou Raison sociale : .....

Je soussigné .....

certifie en ma qualité de .....

que M ..... est occupé à notre service

en qualité de ..... depuis le .....

à notre établissement sis .....

.....

moyennant un salaire égal à ..... par jour.

Les salaires qu'il a réalisés durant les 4 trimestres précédant le décès figurent sur nos déclarations trimestrielles comme suit :

Trimestre	Montant des salaires	Nbre de jours de travail	Page	Ligne

Fait à..... **le** .....

Signature et cachet de l'employeur

(*) Mettre une croix dans la case correspondante