



17, avenue Général Leclerc
13347 Marseille cedex 20

PENSION DE RÉVERSION ET ALLOCATION AU DÉCÈS D'UN PENSIONNÉ

DEMANDE DU CONJOINT, CONJOINT DIVORCÉ OU ENFANT
DE MOINS DE 21 ANS DU PENSIONNÉ OU DE PLUS DE 21
ANS EN INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAILLER

NOM DU DÉFUNT PRÉNOM

NUMÉRO D'IMMATRICULATION DU DÉFUNT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DÉFUNT

DATE DU DÉCÈS LIEU DES OBSÈQUES : DÉP :

Le décès est-il survenu à la suite d'un accident causé par un tiers ?

OUI ☐ NON ☐

Le pensionné percevait-il une rente servie par la SNCF au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?

OUI ☐ NON ☐

SITUATION DU DEMANDEUR

CIVILITÉ : ☐ MADAME ☐ MONSIEUR

NOM DE FAMILLE : PRÉNOM :

NOM D'USAGE : N° TÉL :

ADRESSE :

.....

QUALITÉ
DU

DEMANDEUR

(Cochez la ou les cases
correspondantes)

☐ CONJOINT

☐ CONJOINT DIVORCÉ
(le conjoint divorcé n'a pas droit
à l'allocation décès)

☐ ENFANT AGÉ DE 18 A 21 ANS

☐ ENFANT DE PLUS DE 21 ANS
EN INCAPACITÉ PERMANENTE
DE TRAVAILLER

☐ REPRÉSENTANT LÉGAL DE (1)
Indiquez nom(s) et prénom(s) de la (des)
personne(s) représentée(s)

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Relevez-vous à titre personnel de la CPRPSNCF ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez votre numéro d'immatriculation :

RÈGLEMENT DES FRAIS D'OBSÈQUES

Les frais d'obsèques ont-ils été prélevés directement sur le compte du défunt ?

OUI ☐ NON ☐

Les frais d'obsèques ont-ils été réglés par le demandeur ?

OUI ☐ NON ☐

Si NON, indiquer ci-après les coordonnées de la personne à dédommager :

NOM / PRENOM

ADRESSE

Un remboursement des frais d'obsèques sera effectué en priorité à cette personne, dans la limite de l'indemnité prévue, et sera déduit du montant de l'allocation au décès versée au demandeur.

(1) Personne habilitée à demander la pension lorsque le bénéficiaire ne peut le faire lui-même (enfant mineur, personne sous tutelle...)

VOUS ÊTES CONJOINT OU CONJOINT SÉPARÉ OU DIVORCÉ DE L'ASSURÉ(E) DÉCÉDÉ(E)

DATE DU MARIAGE :

. Si vous êtes séparé(e) de fait

Date de séparation

. Si vous êtes séparé(e) de corps

Date du jugement

. Si vous êtes divorcé(e)

Date du jugement

Percevez-vous une pension de réversion au titre d'un précédent conjoint ? OUI NON

Etes-vous en droit de bénéficier d'une pension de réversion au titre d'un précédent conjoint ? OUI NON

Si oui, auprès de quel organisme ?

DÉCLARATION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT EN CAS DE SÉPARATION OU DE DIVORCE

Ces informations peuvent faire l'objet d'une vérification par la Caisse

SITUATION AU MOMENT DU DÉCÈS :

Viviez-vous en couple ?

OUI NON

Si OUI, précisez votre situation de couple au moment du décès :

En concubinage, vie maritale ou union libre (2)

☐

Pacsé (e)

☐

Remarié (e)

☐

Nom et Prénom de la personne avec laquelle vous viviez
(autre que la personne décédée)

Date de naissance

Date de début de vie commune

SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE :

Vivez-vous en couple ?

OUI NON

Si OUI, précisez votre situation de couple actuelle :

En concubinage, vie maritale ou union libre (2)

☐

Pacsé (e)

☐

Remarié (e)

☐

Nom et Prénom de la personne avec laquelle vous vivez

Date de naissance

Date de début de vie commune

(2) Le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du Code Civil)

DESCENDANT(S) DU PENSIONNÉ

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge(3) au jour du décès	ADRESSE
.....			OUI ☐ NON ☐	
.....			OUI ☐ NON ☐	
.....			OUI ☐ NON ☐	

Si vous n'avez pas assez de place, continuez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à la demande

- A votre connaissance, le pensionné avait-il des enfants nés d'une autre union ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquer ci-après les enfants issus de précédentes unions

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge(3) au jour du décès	ADRESSE
.....			OUI ☐ NON ☐	
.....			OUI ☐ NON ☐	
.....			OUI ☐ NON ☐	

(3) Sont considérés comme descendants à charge, les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs (adoption simple ou plénière) du pensionné :

- jusqu'au mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 24 ans.
- affiliés au régime spécial, qui dépassent au 1^{er} septembre 2018 l'âge de 24 ans, lorsqu'ils poursuivent leurs études dans un établissement supérieur, dans la limite d'âge de 28 ans.
- âgés de plus de 24 ans, célibataires, habitant chez le pensionné, atteint au moment de leur 24^{ème} anniversaire d'une affection grave nécessitant un traitement de longue durée les mettant dans l'incapacité temporaire de travailler.
- âgés de plus de 24 ans et atteints au moment de leur 24^{ème} anniversaire d'une incapacité permanente de travailler médicalement constatée.

La rémunération éventuelle doit être inférieure à 55% du SMIC.

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Dans tous les cas	Un relevé d'identité bancaire (RIB) du demandeur et de chaque enfant de moins de 21 ans.
Remboursement des frais d'obsèques à une personne autre que le demandeur	La facture originale, nominative et acquittée des frais d'obsèques établie par les pompes funèbres, mentionnant obligatoirement le (s) montant (s) réglé (s) par la personne. Le relevé d'identité bancaire (RIB) de la personne qui a réglé les frais d'obsèques.
Si vous êtes le conjoint du pensionné	La copie intégrale de l'acte de naissance du défunt délivrée postérieurement au décès.
Si vous êtes le conjoint séparé de fait du pensionné	La copie intégrale de l'acte de naissance du défunt délivrée postérieurement au décès. La photocopie recto/verso de votre taxe d'habitation.
Si vous êtes un conjoint divorcé ou séparé de corps du pensionné	La copie intégrale de votre acte de naissance délivrée postérieurement au décès. La photocopie recto/verso de votre taxe d'habitation. La photocopie recto/verso de vos deux derniers avis d'imposition sur le revenu. Si vous avez élevé au moins 3 enfants avec le défunt : la copie de votre jugement de séparation de corps ou de votre divorce et les actes de naissance de chaque enfant.
Si vous percevez une pension de réversion au titre d'un précédent conjoint	Toutes vos notifications de pensions de réversion.
Pour le(s) descendant(s) de moins de 21 ans	La copie intégrale de leur acte de naissance délivrée postérieurement au décès.
Pour le(s) descendant(s) de plus de 21 ans en incapacité permanente de travailler	La copie intégrale de leur acte de naissance délivrée postérieurement au décès. La décision d'attribution de la carte d'invalidité ou la notification de la MDPH ou COTOREP.
Si vous êtes le représentant légal d'un majeur protégé	La photocopie du jugement de protection juridique.

DÉCLARATION À COMPLÉTER À DATER ET À SIGNER OBLIGATOIREMENT

En tant qu'organisme de sécurité sociale, nous contribuons à la politique globale de prévention et de lutte contre la fraude. Aussi, nous contrôlons les prestations servies et nous vous rappelons que la fraude aux prestations sociales constitue une infraction pénale, passible de deux ans d'emprisonnement et/ou de 30 000 euros d'amende (article 441-6 du code pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués sur le présent formulaire, au vu des éléments portés à ma connaissance à ce jour. En cas de manifestation ultérieure d'un ou plusieurs héritiers, je m'engage à reverser la part qui leur reviendrait.

Je m'engage à faciliter toute enquête et à faire connaître toute modification de ma situation.

Les articles 39 et 40 de loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, enregistrées dans nos fichiers. Pour exercer ce droit, vous pouvez vous adresser par courrier au délégué à la protection des données de la CPRPSNCF.

Fait à le

Signature :

NOTA : Conformément à l'article 4-1 du Règlement de prévoyance du personnel de la SNCF, il est impératif que la demande d'allocation au décès soit parvenue à la Caisse dans le **délai de 2 ans à compter du premier jour du trimestre civil suivant le décès**. Toute demande reçue au-delà de ce délai, sera irrecevable.

DOCUMENT À RENVoyer

La demande doit être expédiée par courrier postal à l'adresse suivante :

Caisse de Prévoyance et de Retraite du personnel de la SNCF

**17 avenue Général Leclerc
13347 MARSEILLE CEDEX 20**

Nos conseillers sont à votre disposition au 04 95 04 04 04 pour vous aider dans vos démarches