



17, avenue Général Leclerc
13347 Marseille cedex 20

**ALLOCATION AU DÉCÈS D'UN PENSIONNÉ
DEMANDE D'UN PARTENAIRE DE PACS,
D'UN DESCENDANT DE PLUS DE 21 ANS OU D'UN
ASCENDANT DU PENSIONNÉ**

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 : PRÉNOM :

ADRESSE :

QUALITÉ PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

N° DE TÉLÉPHONE :

DU DESCENDANT

DEMANDEUR ASCENDANT

(Cochez la ou les cases correspondantes) REPRÉSENTANT LÉGAL (tutelle, curatelle)
Indiquez nom(s) et prénom(s) de la (des) personne(s) représentée(s)

Relevez-vous à titre personnel de la CPRPSNCF ?

 OUI NON

Si oui, précisez votre numéro d'immatriculation :

SI UN NOTAIRE EST CHARGÉ DE LA SUCCESSION

MAITRE : N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

Le paiement est-il à effectuer entre ses mains ?

 OUI NON

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.

DESCENDANT(S) DU PENSIONNÉ

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge au jour du décès(1)	ADRESSE
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 descendants issus de précédentes unions

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge au jour du décès(1)	ADRESSE
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

(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.

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

ASCENDANT(S) DU PENSIONNÉ

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge au jour du décès(2)	ADRESSE
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

(2) Sont considérés comme ascendants à charge les ascendants du retraité :

- âgés de 60 ans au moins,
- ne disposant pas de ressources supérieures au plafond fixé pour l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

La condition d'âge n'est pas retenue pour les ascendants atteints d'une maladie chronique ou d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité, constatée par le contrôle médical de la Caisse, d'exercer une activité professionnelle.

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Dans tous les cas	Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur (ou au nom du notaire en charge de la succession, si vous souhaitez que le paiement soit effectué entre ses mains).
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 partenaire de PACS du pensionné	La copie intégrale de votre acte de naissance établie postérieurement au décès du pensionné.
Si vous êtes un descendant ou un ascendant du pensionné	<p>Si vous souhaitez vous porter fort pour l'ensemble des descendants ou ascendants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir un document officiel prouvant votre lien de parenté avec le défunt (copie du livret de famille du défunt ou le vôtre, ou votre acte de naissance) • Compléter la promesse de porte-fort ci-dessous. <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Si vous ne souhaitez pas vous porter fort :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir un document officiel désignant les héritiers (certificat d'hérédité ou de propriété, acte de notoriété...) • Joindre le relevé d'identité bancaire de chaque descendant ou ascendant, ou celui du notaire en charge de la succession.
Si vous êtes le représentant légal d'un majeur protégé	La photocopie du jugement de protection juridique.

PROMESSE DE PORTE-FORT À COMPLÉTER

JE SOUSSIGNÉ(E), Nom : Prénom(s) :

déclare me porter-fort et effectuer la répartition des sommes versées par la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF qui reviennent à l'ensemble des héritiers.*

Je reconnais avoir obtenu le consentement de l'ensemble des héritiers.

* L'allocation au décès ne rentre pas dans l'actif successoral. Elle est à partager entre tous les descendants et ascendants. Les autres sommes que la CPRPSNCF pourrait être amenée à vous verser (pensions restant dues, prestations maladie,...) entrent dans l'actif successoral et devront être partagées entre tous les héritiers.

DÉCLARATION À COMPLÉTER À DATER ET À SIGNER OBLIGATOIREMENT

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 pour les vérifier.

Je reconnais être informé(e) :

- qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

- que le contenu de mes déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-11, L.114-12 et L.114-14 du code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites, l'absence de déclaration d'un changement de situation, les agissements visant à obtenir ou tenter d'obtenir le versement de prestations indues même sans en être le bénéficiaire, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière prononcée par le Directeur de la Caisse en application de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale.

La fausse déclaration, les déclarations incomplètes, l'établissement, la falsification et/ou l'usage de faux documents, l'emploi de manœuvres frauduleuses en vue d'obtenir indûment le versement ou le maintien d'une prestation, ainsi que la tentative constituent des délits prévus aux articles 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1, 441-2, 441-6, 441-7, 441-9 du code pénal, dont l'auteur encourt une amende et/ou un emprisonnement.

La non présentation des pièces justificatives demandées, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations, entraîne la suspension soit du délai d'instruction de la demande, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées (art L.161-1-4 du code de la sécurité sociale).

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