



17, avenue Général Leclerc  
13347 Marseille cedex 20

## PENSION DE RÉVERSION AU DÉCÈS D'UN AGENT EN ACTIVITÉ

DEMANDE DU CONJOINT, CONJOINT DIVORCÉ OU ENFANT DE MOINS DE 21 ANS DE L'AGENT 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

L'agent 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 : .....

.....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

CONJOINT

CONJOINT DIVORCÉ

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)

Relevez-vous à titre personnel de la CPRPSNCF ?  OUI  NON

Si oui, précisez votre numéro d'immatriculation :

(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 :

*En application de l'article 19 du décret n°2008-639 l'attribution de la pension de réversion au conjoint divorcé est notamment soumise à une condition d'isolement du demandeur à la date du décès. Cette condition d'isolement est appréciée au regard de la situation maritale ou de couple à la date du décès de l'agent en activité.*

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 :

*« En application de l'article 31 du décret n°2008-639 lorsque le droit à la pension de réversion peut être ouvert, son montant n'est plus revalorisé à partir de la date à laquelle la condition d'isolement n'est plus remplie.*

*Cette condition d'isolement est appréciée au regard de la situation maritale ou de couple postérieurement au décès de l'agent en activité. »*

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)

## ENFANTS DE L'AGENT DE MOINS DE 21 ANS OU ASSIMILÉS \*

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

A votre connaissance, l'agent 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	ADRESSE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

(\*) Sont assimilés aux enfants de moins de 21 ans, les enfants de plus de 21 ans atteints d'une maladie incurable ou d'une infirmité les rendant inaptes à tout travail rémunéré, sous réserve que l'invalidité de l'enfant ait été reconnue avant son 21<sup>ème</sup> anniversaire. Cet état d'invalidité est déterminé par la Caisse, après avis de son médecin conseil.

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

<b>Dans tous les cas</b>	Un relevé d'identité bancaire (RIB) du demandeur et de chaque enfant de moins de 21 ans.
Si vous êtes le conjoint de l'agent	La copie intégrale de l'acte de naissance du défunt avec mentions marginales, datant de moins de 3 mois et délivrée postérieurement au décès.  La copie intégrale de votre acte de naissance datant de moins de 3 mois et délivrée postérieurement au décès.
Si vous êtes un conjoint divorcé ou séparé de corps de l'agent	La copie intégrale de votre acte de naissance datant de moins de 3 mois et délivrée postérieurement au décès.  La photocopie recto/verso de vos deux derniers avis d'imposition sur le revenu.
Si vous percevez une pension de réversion au titre d'un précédent conjoint	Toutes vos notifications de pensions de réversion.
Si vous avez élevé au moins 3 enfants avec le défunt	La copie intégrale de l'acte de naissance de chaque enfant délivrée postérieurement au décès.  La photocopie de votre éventuel jugement de séparation de corps ou de divorce.
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).

**Je soussigné(e) [NOM Prénom] .....** atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des informations portées sur le présent formulaire et atteste sur l'honneur l'exactitude de mes déclarations.

Je suis informé(e) que l'existence d'un ou plusieurs autres ayants-droits a pour conséquence le partage du montant de la pension de réversion entre tous, conformément à l'article 20 du décret n°2008-639.

Je m'engage à informer dans les plus brefs délais la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF de tout changement, erreur ou omission affectant mes déclarations ci-dessus.

J'ai connaissance que toute omission volontaire ou fausse déclaration peut être constitutive d'une fraude et engager ma responsabilité civile et/ou pénale, et m'engage à faciliter toute enquête.

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 :

### 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