



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 :

NÉ LE : A :

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 (Donnée obligatoire)

.....

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 / PRÉNOM

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 :

« 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 du pensionné ».

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 du pensionné. »

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 <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

À 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 <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.

- 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 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 du pensionné	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 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).

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 :

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

Plus d'infos sur notre site