



17, avenue Général Leclerc  
13347 Marseille cedex 20

## ALLOCATION AU DÉCÈS D'UN PENSIONNÉ

### DEMANDE D'UN PARTENAIRE DE PACS, D'UN DESCENDANT OU ASCENDANT DU PENSIONNÉ

NOM DU DÉFUNT ..... PRÉNOM .....

NUMÉRO D'IMMATRICULATION DU DÉFUNT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DÉFUNT

DATE DU DÉCÈS

LIEU DU DÉCÈS : ..... DÉP :  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 : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

QUALITÉ  PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS N° DE TÉLÉPHONE :

DU  DESCENDANT

DEMANDEUR  ASCENDANT

(Cochez la ou les cases  REPRÉSENTANT LÉGAL (tutelle, curatelle) .....  
correspondantes) 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

## QUELLE EST LA PERSONNE QUI A SUPPORTÉ LES FRAIS D'OBSÈQUES ?

Les frais d'obsèques ont-ils été réglés par un tiers ou une collectivité ?  OUI  NON

Si oui, indiquer les coordonnées de la personne à rembourser :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Un remboursement des frais d'obsèques sera réglé en priorité à ce tiers, 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"/>	.....

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

- Agés de moins de 21 ans, célibataires

- Agés de plus de 21 ans, célibataires, qui poursuivent leurs études dans un établissement supérieur ou des études en alternance ou en apprentissage, dans la limite de 28 ans, à condition que leurs ressources ne soient pas supérieures à 55% du SMIC,

- Agés de plus de 21 ans, célibataires, atteints d'une affection grave nécessitant un traitement de longue durée, en cours au moment où ils atteignent leur 21<sup>ème</sup> anniversaire et qui les met dans l'incapacité temporaire de travail, à condition d'habiter chez l'affilié et que leurs ressources ne soient pas supérieures à 55% du SMIC,

- Agés de plus de 21 ans, atteints au moment de leur 21<sup>ème</sup> anniversaire d'une incapacité permanente de travailler, médicalement attestée, à condition que leurs ressources ne soient pas supérieures à 55% du SMIC,

- Agés de plus de 21 ans, valides, célibataires ou veufs, de l'affilié veuf et invalide, à condition d'habiter chez l'affilié et que leurs ressources ne soient pas supérieures à 55% du SMIC,

- Sans considération d'âge, l'enfant qui vit sous le toit de l'affilié et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'affilié.

## 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 :

- Agés 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 récent au nom du demandeur ou du notaire en charge de la succession.
Si les frais d'obsèques ont été payés par un tiers	La <b>facture originale, nominative et acquittée</b> des frais d'obsèques établie par les pompes funèbres, mentionnant obligatoirement le(s) montant(s) réglé(s) par la ou les personnes (en aucun cas, les frais d'obsèques ne pourront être réglés directement aux pompes funèbres par la Caisse). ----- Le relevé d'identité bancaire récent de la personne qui a supporté les frais d'obsèques.
Pour le partenaire lié par un PACS avec le pensionné	La copie intégrale de l'acte de naissance du demandeur établie <u>postérieurement</u> au décès du pensionné.
Pour les enfant(s) âgé(s) de plus de 21 ans à charge du pensionné	Etudiant en alternance : la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou la copie des bulletins de salaire des 6 mois précédant le décès. ----- Etudiant âgé de 21 ans à 28 ans ne relevant pas à titre personnel de la CPR : le certificat de scolarité. ----- Enfant exerçant une activité professionnelle : copie des bulletins de salaire des 6 mois précédant le décès. ----- Enfant en incapacité temporaire de travailler : un certificat médical, une attestation sur l'honneur de résidence au domicile du défunt et justificatifs des ressources des 6 derniers mois (derniers bulletins de salaire, indemnités chômage, RSA, indemnités journalières...).
Pour les descendant(s) ou ascendant(s) du pensionné	Tout document désignant les héritiers (certificat d'hérédité, certificat de propriété, acte de notoriété...). A défaut, la copie du ou des livrets de famille <u>à jour</u> du défunt <b>accompagnée obligatoirement de la promesse de porte-fort complétée par le demandeur.</b>
Pour les ascendant(s) à charge	La copie de l'avis d'imposition de l'ascendant et du pensionné décédé.
Si vous êtes le représentant légal d'un majeur protégé (tutelle, curatelle)	La photocopie du jugement de protection juridique.

## PROMESSE DE PORTE-FORT À COMPLÉTER

Le règlement de l'allocation peut être effectué entre les mains du demandeur avec le consentement des autres héritiers, en complétant la promesse de porte-fort ci-après :

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.**

## DÉCLARATION À COMPLÉTER À DATER ET À SIGNER OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e) ..... demande le versement de l'allocation décès.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés 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'usage de faux documents, l'emploi de manoeuvres 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 (art L.161-1-4 du code de la sécurité sociale).*

*La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, enregistrées dans nos fichiers à partir des renseignements fournis dans le présent formulaire. Pour exercer ce droit, vous pouvez vous adresser par courrier au Correspondant Informatique et Libertés de la CPRPSNCF.*

Signature :

Fait à ..... le .....

**NOTA :** Conformément à l'article 4-1 du Règlement de prévoyance, il est impératif que la demande soit parvenue à la Caisse dans le **déla** 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