



**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 DU DÉCÈS :** ..... **DÉP :** [ ][ ] **LIEU DES OBSÈQUES :** ..... **DÉP :** [ ][ ]

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

**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.

(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 pouvant faire l'objet d'une vérification par la Caisse*

### SITUATION AU MOMENT DU DÉCÈS :

Vivez-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 <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 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):

- 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.

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Dans tous les cas	La copie intégrale de l' <b>acte de naissance</b> du défunt et celle de chaque bénéficiaire délivrées postérieurement au décès. Un relevé d'identité bancaire récent au nom de chaque bénéficiaire.
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 pensionné	La copie intégrale de l' <b>acte de naissance</b> de chaque enfant. La photocopie du jugement de séparation de corps ou de divorce, le cas échéant.
Si vous êtes le représentant légal d'un majeur protégé (tutelle, curatelle)	La photocopie du jugement de protection juridique.
Si vous êtes conjoint séparé ou divorcé	La photocopie recto/verso de votre dernière taxe d'habitation. La photocopie recto/verso de votre dernier avis d'imposition sur le revenu.
Si les frais d'obsèques ont été payés par un tiers	La <b>facture originale, nominative et acquittée</b> des frais d'obsèques. Le relevé d'identité bancaire récent de la personne qui a supporté les frais d'obsèques.
Pour un enfant de plus de 21 ans en incapacité permanente de travailler	La décision d'attribution de la carte d'invalidité ou la notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou de l'ancien avis de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP ou MDPH).

## DÉCLARATION À COMPLÉTER À DATER ET À SIGNER OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e) ....., demande la liquidation de la pension de réversion et/ou de l'allocation au décès.

**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.

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 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 (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 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