



17 avenue Général Leclerc  
13347 Marseille Cedex 20

## ALLOCATION AU DÉCÈS D'UN AGENT EN ACTIVITÉ

DEMANDE DU CONJOINT, D'UN PARTENAIRE DE PACS, D'UN  
DESCENDANT OU ASCENDANT DE L'AGENT

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 : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....  
.....

- QUALITÉ  
DU  
DEMANDEUR  
(Cochez la ou les cases  
correspondantes)
- CONJOINT
  - CONJOINT SÉPARÉ DE FAIT (1)
  - PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS
  - DESCENDANT
  - ASCENDANT REPRÉSENTANT
  - LÉGAL DE (2)

N° DE TÉLÉPHONE :

Indiquez nom(s) et prénom(s) de la (des) personne(s) représentée(s)

Relevez-vous à titre personnel de la CPRPF ?

 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 ? Les frais d'obsèques ont-ils été réglés par le demandeur ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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.

(1) La séparation de fait découle d'une ordonnance de non-conciliation. En cas de séparation judiciaire des conjoints (jugement de séparation de corps), aucun droit à l'allocation au décès n'est ouvert au conjoint ou à l'ex-conjoint.

(2) Personne habilitée à demander l'allocation au décès lorsque la personne ne peut le faire elle-même (enfant mineur, personne sous tutelle...)

## DESCENDANT(S) DE L'AGENT

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge au jour du décès(3)	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, l'agent 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(3)	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"/>	.....

(3) Sont considérés comme descendants à charge, les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs (adoption simple ou plénière) de l'agent :

- jusqu'au mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 24 ans.
- affiliés au régime spécial, qui dépassent au 1<sup>er</sup> 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 l'agent, atteint au moment de leur 24<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> anniversaire d'une incapacité permanente de travailler médicalement constatée.

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

## ASCENDANT(S) DE L'AGENT

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Préciser si à charge au jour du décès(4)	ADRESSE
.....	.....	.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....

(4) Sont considérés comme ascendants à charge les ascendants de l'affilié :

- 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	<p>La copie intégrale de l'acte de naissance du défunt délivré postérieurement au décès.</p> <p>-----</p> <p>--Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom de chaque bénéficiaire.</p> <p>-----</p> <p>--Une copie des 3 derniers bulletins de salaire du défunt.</p> <p>-----</p> <p>--Tout document désignant les héritiers (certificat d'hérédité, certificat de propriété, acte de notoriété, attestation de dévolution...).</p> <p><b>Dans l'attente</b> de cette pièce indispensable au traitement du dossier, la Caisse peut dans certains cas rembourser les frais <b>d'obsèques</b> au demandeur sur présentation de la facture originale, nominative et acquittée.</p>
Remboursement des frais d'obsèques à une personne autre que le demandeur	<p>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.</p> <p>Le relevé d'identité bancaire (RIB) de la personne qui a réglé les frais d'obsèques.</p>
Si des allocations familiales étaient versées à l'agent	<p>Joindre une attestation datant de moins de 3 mois, mentionnant le montant versé par l'organisme payeur.</p>
Pour les enfants à charge	<p><b>Lorsque l'enfant exerce une activité professionnelle</b> : copie des justificatifs de rémunération sur les 6 derniers mois précédant le décès (bulletin de salaire, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, indemnités journalières, allocation chômage, etc.)</p> <p>-----</p> <p>--Enfant de plus de 24 ans en incapacité temporaire de travailler : un certificat médical et une attestation sur l'honneur de résidence au domicile du défunt.</p> <p>-----</p> <p>--Enfant de plus de 24 ans en incapacité permanente de travailler : la décision d'attribution de la carte d'invalidité ou la notification de la MDPH ou COTOREP.</p>
Pour les ascendants à charge	<p>La copie du dernier avis d'imposition de l'ascendant et de l'agent décédé.</p>
Si vous êtes le représentant légal d'un majeur protégé	<p>La photocopie du jugement de protection juridique.</p>

## 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).

**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.**

*Conformément au Règlement européen n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit RGPD) et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de la CPR.*

*Pour plus de précisions, veuillez consulter la rubrique RGPD (Données personnelles) du site internet de la Caisse.*

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 ferroviaire

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