



## PRESTATION AU DÉCÈS D'UN SALARIÉ EN ACTIVITÉ

### LE DEMANDEUR (Remplir un formulaire par demandeur)

Pour un **enfant mineur**, si vous ne connaissez pas son numéro de sécurité sociale (NIR), merci d'indiquer celui de son représentant légal et cocher la case ci-dessous "représentant légal"

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

 Représentant légal

QUALITÉ DU DEMANDEUR :  CONJOINT

(Cochez la case correspondante)

CONJOINT SÉPARÉ

PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

DESCENDANT

ASCENDANT

AUTRE (préciser) .....

REPRÉSENTÉ (E) PAR : .....

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

CIVILITÉ :  MADAME  MONSIEUR

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NOM D'USAGE : .....

NÉ(E) LE : ..... à .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE : ..... Adresse électronique (e-mail).....

### LE DEFUNT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DÉFUNT

DATE DU DÉCÈS :

COMMUNE DES OBSEQUES : ..... CODE POSTAL :

Le décès est-il survenu à la suite d'un accident causé par un tiers ?  oui  non

### 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 indemniser :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

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 la prestation au décès versée au demandeur.

## DESCENDANT(S) DU DEFUNT

| NOM | PRÉNOM | DATE DE<br>NAISSANCE | PRÉCISER SI À<br>CHARGE AU<br>JOUR DU DÉCÈS               |
|-----|--------|----------------------|---|
|     |        |                      | <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"/> oui <input type="checkbox"/> non |

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

À 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<br>NAISSANCE | PRÉCISER SI À<br>CHARGE AU<br>JOUR DU DÉCÈS               |
|-----|--------|----------------------|---|
|     |        |                      | <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"/> oui <input type="checkbox"/> non |

## ASCENDANT(S) DU DEFUNT

| NOM | PRÉNOM | DATE DE<br>NAISSANCE | PRÉCISER SI À<br>CHARGE AU JOUR<br>DU DÉCÈS (1)           |
|-----|--------|----------------------|---|
|     |        |                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|     |        |                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

(1) 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), 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.

## 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.

Signature :

Fait 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 SIGNER ET À RENVOYER  
ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES  
à l'adresse suivante :**

**Caisse de Prévoyance et de Retraite du personnel ferroviaire  
17 avenue Général Leclerc**

---

**13347 MARSEILLE CEDEX 20**

*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.*

*Vous avez le droit à l'erreur : Vous vous êtes trompé(e) lors de votre déclaration, signalez le nous, nous corrigerons les données concernées. Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous ne serez pas sanctionné(e), vous devrez simplement rembourser les sommes trop perçues.*

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

|  |   |
|--|---|
| DANS TOUS LES CAS  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificatif d'état civil du demandeur : la copie de la carte nationale d'identité ou la copie du passeport.</li><li>- La copie intégrale de l'acte de naissance avec mentions marginales du défunt délivré postérieurement au décès</li><li>- Un relevé d'identité bancaire (RIB)</li><li>- Une copie des 3 derniers bulletins de salaire du défunt</li><li>- Un certificat d'hérédité, en cas de plusieurs unions du défunt</li></ul> <p>Dans l'attente de cette pièce indispensable au traitement du dossier, la Caisse peut dans certains cas rembourser les frais d'obsèques au demandeur sur présentation de la facture originale, nominative et acquittée.</p> |
| REMBOURSEMENT DES FRAIS D'OBSÈQUES A UNE AUTRE PERSONNE QUE LE DEMANDEUR | <ul style="list-style-type: none"><li>- Le reçu nominatif acquitté au nom de la personne ayant réglé les frais d'obsèques.</li><li>- Le relevé d'identité bancaire (RIB) de la personne qui a réglé les frais d'obsèques</li><li>- La copie de la carte nationale d'identité ou la copie du passeport de la personne qui a réglé les frais d'obsèques.</li></ul>  |
| SI DES ALLOCATIONS FAMILIALES ÉTAIENT VERSÉES À L'AGENT                  | Joindre une attestation datant de moins de 3 mois, mentionnant le montant versé par l'organisme payeur.   |
| POUR LES DESCENDANTS À CHARGE  | <b>Enfant exerçant 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.)   |
| POUR LES ASCENDANTS À CHARGE   | La copie du dernier avis d'imposition de l'ascendant et de l'agent décédé.  |
| SI VOUS ÊTES LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU DEMANDEUR MAJEUR                   | La photocopie du jugement de protection juridique.  |