



LE DEMANDEUR (Remplir un formulaire par demandeur, sauf en cas de déclaration de Porte-fort)

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"

☐ **Représentant légal**

(Cochez la case correspondante)

- ☐ CONJOINT
☐ 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).....

NOM : PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DÉFUNT

PRÉNOM :

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.

SI UN NOTAIRE EST CHARGÉ DE LA SUCCESSION

MAÎTRE : N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

DESCENDANT(S) DU DEFUNT

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	PRÉCISER SI À CHARGE AU JOUR DU DÉCÈS
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ 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 NAISSANCE	PRÉCISER SI À CHARGE AU JOUR DU DÉCÈS
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ non

ASCENDANT(S) DU DEFUNT

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	PRÉCISER SI À CHARGE AU JOUR DU DÉCÈS (1)
.....			☐ oui ☐ non
.....			☐ oui ☐ 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.

PROMESSE DE PORTE-FORT À COMPLÉTER

JE SOUSSIGNE(E), NOM PRENOM (S)

- ☐ déclare me porter-fort et effectuer la répartition des sommes versées par la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire qui reviennent à l'ensemble des ayants-droit*, y compris si je suis l'ayant-droit unique.

Je reconnais avoir obtenu le consentement de l'ensemble des ayants-droit.

Signature :



* L'allocation au décès ne rentre pas dans l'actif successoral. Elle est à partager entre tous les descendants et ascendants. Les autres sommes que la Caisse pourrait être amenée à vous verser (pensions restant dues, prestations maladie,...) entrent dans l'actif successoral et devront être partagées entre tous les héritiers.

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 de prestation 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.

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	- Un relevé d'identité bancaire (RIB) - La copie du livret de famille complet du demandeur ou du défunt. - Le justificatif d'état civil du demandeur : copie de la carte nationale d'identité ou la copie du passeport. - La copie intégrale de l'acte de naissance avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois) du demandeur.
REMBOURSEMENT DES FRAIS D'OBSÈQUES A UNE PERSONNE AUTRE QUE LE DEMANDEUR	- Le reçu nominatif acquitté au nom de la personne ayant réglé les frais d'obsèques. - Le relevé d'identité bancaire (RIB) de la personne qui a réglé les frais d'obsèques. - La copie de la carte nationale d'identité ou la copie du passeport de la personne qui a réglé les frais d'obsèques.
CONJOINT CONJOINT SÉPARÉ PACS	La copie intégrale de l'acte de naissance.
POUR LES DESCENDANTS À CHARGE	La copie du livret de famille. Enfant exerçant une activité professionnelle : 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 du pensionné décédé. La copie du livret de famille.
SI VOUS ÊTES LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU DEMANDEUR MAJEUR	La photocopie du jugement de protection juridique.

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.