DEMANDE DE SECOURS POUR FRAIS D'OBSÈQUES

Aide destinée à la personne qui a assumé la charge des frais d'obsèques d'un pensionné affilié à l'Enim ou de son conjoint.

Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de pension Enim *(le cas échéant)* :

Date de naissance : / /

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone :

Email : _____ @ _____

Lien de parenté avec le défunt

◯ Conjoint(e) ◯ Enfant ◯ Autre *(préciser)* : _____

La rubrique ci-dessous est à compléter uniquement si le demandeur, membre de la famille, n'est pas le conjoint du défunt :

Je soussigné _____,

domicilié *(adresse postale)* _____

_____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

héritier ou ayant-droit de M./Mme _____, **déclare me porter fort pour les cohéritiers.**

Le(la) pensionné(e) décédé(e)

Nom et Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / / Date de décès : / /

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

DEMANDE DE SECOURS POUR FRAIS D'OBSÈQUES

Numéro de sécurité sociale du pensionné décédé :

_____

Autres personnes vivant au foyer du défunt

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté

Ressources mensuelles du foyer du défunt

Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer

	Défunt	Conjoint(e) / Partenaire	Enfant ou autre personne résidant au foyer
Pension Enim			
Pension autres régimes *(1)*			
Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA *(2)*			
Autres revenus *(Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Prestations familiales...)*			
Revenus fonciers et/ou mobiliers			
TOTAL			

(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc.

(2) Merci de préciser la nature du revenu

En cas de versement à un tiers, rubrique à compléter par le demandeur

Je soussigné : _____,

autorise *(préciser le nom et qualités)* : _____

à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

DEMANDE DE SECOURS POUR FRAIS D'OBSÈQUES

Numéro de sécurité sociale du pensionné décédé :

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) *(nom et prénom(s) du signataire)*

m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

Fait à _____ le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature obligatoire :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

- ◯ Le formulaire de demande dûment complété et signé
- ◯ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer du défunt
- ◯ L'extrait d'acte de décès
- ◯ La facture acquittée des frais d'obsèques
- ◯ Le RIB du demandeur comportant les codes BIC et IBAN
- ◯ En cas de règlement aux pompes funèbres, le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.

LE DOSSIER <u>COMPLET</u> EST À RETOURNER PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE :

action.sociale@enim.eu

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)
27 quai de Solidor
CS 31854
35418 Saint-Malo Cedex

Les informations personnelles recueillies par l'Enim pour le traitement des dossiers de ses correspondants respectent les obligations du règlement général sur la protection des données (RGPD – Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour plus d'informations, voir le site www.enim.eu et l'Espace personnel Enim. La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.