



# 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 : \_\_\_\_\_

## Autres personnes vivant au foyer du défunt

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



# DEMANDE DE SECOURS POUR FRAIS D'OBSÈQUES



Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## 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	_____	_____	_____
<b>TOTAL</b>	_____	_____	_____

(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 : \_\_\_\_\_

## 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 COMPLET EST À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

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  
  
action.sociale@enim.eu