



**CAISSE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE
DES CLERCS ET EMPLOYES DES HUISSIERS DE JUSTICE**
(Arrêté du 19 Mai 1961)

15, avenue de l'Opéra - 75001 PARIS - Tél. : 01. 40. 39. 92. 84 - Fax : 01. 42. 21. 44. 13

**REGIME DE PREVOYANCE
DEMANDE DE PORTABILITE DES GARANTIES (ANI.)**

COMPLETEZ TOUTES LES ZONES, ELLES SONT NECESSAIRES POUR L'ETUDE DE VOS DROITS.

IDENTIFICATION DE L'ANCIEN SALARIÉ

Nom de naissance : Nom marital : Prénom :

Né(e) le : __ / __ / __ N° de sécurité sociale : __ - __ - __ / __ - __

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e)

Nombre d'enfants fiscalement à charge : __

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :

CONDITIONS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Motif de la rupture : Licenciement faute lourde Rupture conventionnelle
 Licenciement hors faute lourde, préciser le motif :
 Démission pour motif légitime Fin de C.D.D.
 Période d'essai Autre

Date d'entrée dans l'étude : __ / __ / __ Date d'effet de la rupture : __ / __ / __

Durée du dernier contrat de travail (exprimée en mois entier) =mois

*A titre d'exemple, pour un contrat de travail ayant eu une durée de 2 mois et 20 jours, il convient de mentionner une durée de 2 mois.
Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travaux successifs exécutés de façon continue chez le dernier employeur.*

MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE

Etes-vous inscrit comme demandeur d'emploi Oui Non Depuis le : __ / __ / __

Bénéficiez-vous d'une indemnisation du Pôle Emploi Oui Non A compter du : __ / __ / __

Les bénéficiaires de la portabilité sont les salariés dont le contrat de travail est rompu (pour un motif autre que la faute lourde) et qui ont droit à une prise en charge par l'assurance chômage.

Pour que le mécanisme de la portabilité des garanties prévoyance soit effectif, vous avez l'obligation de justifier auprès de notre Institution de votre indemnisation par le Pôle Emploi.

PIECES A JOINDRE

OBLIGATOIREMENT

AVEC VOTRE DEMANDE :

Copie de l'arrêt de travail délivré par votre médecin
Original du justificatif de paiement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale
Copie des trois bulletins de paie précédents la rupture du contrat de travail.
Notification de la prise en charge du Pôle Emploi
Attestation détaillée du paiement par le Pôle Emploi des 3 mois précédents l'arrêt maladie
Copie de votre dernier certificat de travail
Copie de votre lettre de licenciement
Relevé d'identité bancaire ou postal
Bulletin de désignation de bénéficiaires en cas de décès (ci-joint).

DELAI D'ENVOI

Les pièces justificatives doivent être adressées par l'ancien affilié dans les 15 jours suivant la date d'arrêt de travail ou du justificatif de paiement des indemnités journalières émis par la CRAM.

Si vous n'avez pas encore de justificatif de paiement de la Sécurité Sociale, vous pouvez néanmoins nous adresser cet imprimé accompagné des pièces justificatives dont vous disposez.

PAIEMENT

Les indemnités journalières sont payables par mois et à terme échu.

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Fait à, le : __ / __ / __

Signature (obligatoire)