



**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
GARANTIE DECES ou IPA**

A compléter par le(s) bénéficiaire(s)

OBJET DE LA DEMANDE

TYPE DE PRESTATION A SERVIR : CAPITAL DECES RENTE DE CONJOINT RENTE EDUCATION
PERSONNE VICTIME DU SINISTRE : ASSURE CONJOINT ENFANT A CHARGE
DATE DU SINISTRE : / /
CAUSE DU DECES : ACCIDENT DE TRAJET ACCIDENT DU TRAVAIL ACCIDENT DE LA CIRCULATION
MORT NATURELLE SUICIDE HOMICIDE

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

N° D'ADHERENT ETUDE DE
ADRESSE
TEL :

IDENTIFICATION DE L'AFFILIE

N° D'IMMATRICULATION A LA SECURITE SOCIALE SEXE
NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
SITUATION DE FAMILLE : CELIBATAIRE VEUF(VE) DIVORCE(E) SEPRE(E) MARIE(E) VIE MARITALE
NOMBRE PERSONNES FISCALEMENT A CHARGE : ENFANTS ASCENDANTS
DATE D'ENTREE DANS L'ETUDE : / / ANCIENNETE DANS LA PROFESSION : ANS
PREMIER JOUR DE L'ARRET DE TRAVAIL / /

A FAIRE COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR (*)

	Mois de :	Mois de :	Mois de :
RELEVÉ DES SALAIRES, Joindre copie bulletins de paye Salaire brut perçu au cours du trimestre précédant l'événement ou l'arrêt de travail, si celui fait suite à une absence pour maladie (hors primes, gratifications, compléments de salaire)
Salaire net perçu au cours du trimestre précédant l'événement, ou l'arrêt de travail si celui fait suite à une absence pour maladie
Total brut des primes exceptionnelles, gratifications, Compléments de salaire perçus les 12 mois précédant l'événement. ou l'arrêt de travail si celui fait suite à une absence pour maladie	(*) Tampon de l'office :	

(*) L'employeur certifie, en apposant le tampon de l'office, que ce relevé est conforme aux livres de paye et que les cotisations correspondantes ont bien été versées sous les numéros indiqués ci-dessus.

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

NOM DU BENEFICIAIRE DU PAIEMENT TEL :

ADRESSE

CODE POSTAL : COMMUNE :

PARENTE AVEC L'AFFILIE (LE CAS ECHEANT)

COMPTE BANCAIRE / POSTAL N° ETABLISSEMENT / CENTRE :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE (*)

(*) VOIR LE COURRIER JOINT

IMPORTANT :

EN CAS DE DIVORCE ET POUR LES ENFANTS MINEURS A CHARGE JOINDRE EGALEMENT UNE COPIE DU JUGEMENT DE TUTELLE

L' ATTESTATION OU CERTIFICAT DE NOTORIETE SONT DELIVRE PAR LE NOTAIRE OU LE GREFFIER DU TRIBUNAL D'INSTANCE.

• **Lorsqu'il y a des enfants majeurs à charge, fournir en outre :**

UN CERTIFICAT DE SCOLARITE DATE DE MOINS D'UN MOIS DELIVRE PAR UN ETABLISSEMENT AGREE.

COPIE DE LA CARTE D'INVALIDE CIVIL EN CAS D'INFIRMITÉ SUPERIEURE A 80% AINSI QUE LE DOCUMENT ATTESTANT DE LA MISE EN INVALIDITE.

➤ JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE POSTAL OU BANCAIRE, A DEFAUT UNE ATTESTATION MANUSCRITE ET SIGNEE AUTORISANT LE VIREMENT SUR LE COMPTE DU REPRESENTANT LEGAL.

• **Joindre toute autre pièce qui pourrait être nécessaire selon les dispositions prévues par le contrat, ou lorsque la succession de l'affilié est susceptible de créer des difficultés.**

• **Si le demandeur est une tierce personne désignée par le conjoint légal, un descendant ou un ascendant, joindre :**

→ Une procuration manuscrite, datée et signée par le(s) bénéficiaire(s) du paiement.

→ Un justificatif de l'identité du mandataire (Carte Nationale d'identité ou passeport en cours de validité)

JE SOUSSIGNE(E), CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LA PRESENTE DECLARATION, ET M'ENGAGE A FAIRE CONNAITRE A LA CARCO TOUS LES CHANGEMENTS POUVANT MODIFIER MA SITUATION ACTUELLE. A DEFAUT, JE SERAIS AMENE A REMBOURSER A CET ORGANISME LES SOMMES VERSEES INDUMENT.

JE RECONNAIS AVOIR ETE INFORME(E) QUE LA PRESENTE DECLARATION ENGAGE MA RESPONSABILITE EN CAS DE FAUX OU USAGE DE FAUX SELON L'ARTICLE L.441-7 DU CODE PENAL ET EN CAS D'ESCROQUERIE OU TENTATIVE D'ESCROQUERIE SELON LES ARTICLES L. 313-1 ET L. 313-3 DU CODE PENAL.

FAIT A

LE / /

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE

SIGNATURE ET NOM DE LA PERSONNE
AYANT CONSTITUE LE DOSSIER