



**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  
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL**

**EMPLOYEUR**

N° D'ADHERENT ..... TEL : .....  
ETUDE DE .....  
ADRESSE .....  
N° CONTRAT REGIME FACULTATIF : 101 / ..... DATE D'EFFET : .....

(joindre un R.I.B.)

**EMPLOYEE(E)**

N° S. SOCIALE: ..... / ..... NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : .....  
NOM MARITAL ..... PRENOM .....  
NOM DE JEUNE FILLE ..... NE(E) LE ..... LIEU .....  
ADRESSE : ..... CODE POSTAL/ COMMUNE.....  
SITUATION FAMILIALE : marié(e) - célibataire - pacsé(e) - divorcé(e) - veuf -veuve.  
CODE CATEGORIE PROFESSIONNELLE CONVENTION COLLECTIVE : ... COEFFICIENT CLASSIFICATION : .....

Complétez toutes les zones, elles sont nécessaires pour l'étude des droits de l'affilié.

ABSENCE FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE	INCAPACITE DE TRAVAIL		DATE DE L'ARRET INITIAL : ..... / ..... / .....
	MATERNITE	MALADIE PROFESSIONNELLE	
	ACCIDENTS DU TRAVAIL		
Premier jour de l'arrêt de travail	..... / ..... / .....	<b>ARRETS ANTERIEURS AU COURS DES 12 MOIS PRECEDENTS</b>	
Date d'entrée dans la profession	..... / ..... / .....	du .....	au .....
Date d'entrée dans l'étude	..... / ..... / .....	du .....	au .....
Date de reprise d'activité	..... / ..... / .....	du .....	au .....
Date du licenciement / démission	..... / ..... / .....	du .....	au .....

❖ **IMPORTANT** Seul les arrêts maladies antérieurs dûment justifiés seront pris en compte.  
Vous devez fournir les pièces justificatives de ces arrêts maladies et des paiements effectués par la CPAM.  
Sauf, si vous les avez déjà transmis à nos services.

RELEVÉ DES SALAIRES	Mois .....	Mois .....	Mois .....
Salaire( brut + ancienneté) versé les 3 mois précédant l'arrêt (hors primes, gratifications, compléments de salaire)	.....	.....	.....
Total brut des primes, gratifications, compléments de salaire versés les 12 mois précédant l'arrêt ( hors ancienneté)	.....	.....	.....
Salaire net maintenu durant l'arrêt maladie	.....	.....	.....

- PIECES A JOINDRE :** Décomptes de la Sécurité Sociale justifiant de la prise en charge de l'incapacité de travail.  
Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières Sécurité Sociale  
Copie des trois bulletins de paye précédents l'arrêt maladie  
Copie du bulletin de paye du mois du début de l'arrêt maladie  
Relevé d'identité bancaire ou postal de l'étude.
- DELAI D'ENVOI** L'imprimé de demande d'indemnités doit être adressé par l'affilié ou l'employeur dans les six mois suivant la date d'arrêt de travail. Passé ce délai, la prestation ne sera due que pour la période commençant 6 mois avant la date de réception des pièces justificatives par nos services.
- PAIEMENT** Les indemnités journalières sont payables par mois et à terme échu, et seront versées aux assurés par le canal de leur employeur.

Le ..... / ..... / .....  
Signature

Cachet de l'étude