



**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
INVALIDITE PERMANENTE**

1. VOTRE SITUATION FAMILIALE

- MARIE-LE. PACSE(E) JOINDRE UNE COPIE DU PACS
- CELIBATAIRE DIVORCE (E) OU SEPARÉ (E)
- AVEZ-VOUS DES ENFANTS A CHARGE ? SI OUI, COMBIEN ? DE QUEL(S) AGE(S)

2. AUJOURD'HUI, BENEFICIEZ-VOUS DES PRESTATIONS SUIVANTES ? :

NATURE (*)	MONTANT ANNUEL	DATE D'EFFET	NOM DE L'ORGANISME QUI VERSE LES PRESTATIONS
Allocation chômage /Assedic			
Pension Militaire			
Rentes Accident Travail			
Indemnités Journalières CPAM			
Allocation supplémentaire Invalidité (ASI)			La Caisse Primaire débitrice de la pension d'Invalidité

(*) Joignez la copie des notifications et les justificatifs de paiement des prestations dont vous êtes bénéficiaire.

3. ORIGINE DE VOTRE MISE EN INVALIDITE :

4. SUITE A UNE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL, DATE DE L'ARRET MALADIE INITIAL : .../.../.....

5. D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE : OUI/NON

6. D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL : OUI/NON

7. APRES UN ACCIDENT OU UNE USURE PREMATUREE DE L'ORGANISME : OUI/NON

8. CATEGORIE DE L'INVALIDITE : DATE D'EFFET :/...../.....

9. CONTINUEREZ-VOUS TOUJOURS UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

DANS LA PROFESSION : NON OUI

10. SI VOUS ETE LICENCIE , JOINDRE UNE COPIE DE LA LETTRE DE LICENCIEMENT:

A FAIRE COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR L'EMPLOYEUR, ET JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DES BULLETINS DE SALAIRE	BRUTS	NETS
Salaires Mensuel qui sera maintenu <u>si en activité durant la période d'invalidité</u>		
Salaires+ ancienneté du trimestre <u>précédant l'Arrêt maladie initial (hors primes)</u>		
Total primes, compléments versés durant les 12 mois <u>précédant l'arrêt maladie initial.</u>		

11. PIECES JUSTIFICATIVES SUPPLEMENTAIRES, (VOIR LETTRE JOINTE) :

12. MODE DE PAIEMENT

C.C.P BANCAIRE CAISSE D'EPARGNE JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE .

Je soussigné(e) Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, et m'engage à faire connaître à la CARCO tous les changements pouvant modifier ma situation actuelle.
A défaut, je serais amené à rembourser à cet organisme les sommes versées indûment.

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article L.441-7 du code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles L. 313-1 et L. 313-3 du code pénal.

FAIT A LE
SIGNATURE DE L'AFFILIE(E)

LE
SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR