Référence contrat : ……/……

DECLARATION DE PERTE D'EMPLOI

A COMPLETER PAR L'ADHERENT / ASSURE

Pour préserver toute confidentialité, ce document devra être remis sous pli cacheté et adressé à :
SOGECAP - A l'attention de GES/PRE - 42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1

Identification de l'Adhérent / Assuré

☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

Nom de famille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Informations relatives à la perte d'emploi de l'Adhérent / Assuré

Date de cessation d'activité : ____ / ____ / _____

Date du premier jour d'indemnisation par le Pôle Emploi (ou organisme assimilé) : ____ / ____ / _____

S'agit-il ☐ d'un licenciement Si oui, date du licenciement : ____ / ____ / _____

Motif du licenciement : _____

☐ d'une démission ☐ d'une rupture conventionnelle

☐ d'une fin de contrat CDD ☐ d'une perte d'emploi en cours de période d'essai

☐ autre Si autre, motif : _____

Observations complémentaires : _____
_____
_____
_____
_____

Fait à : _____ le ____ / ____ / _____

Signature de l'Adhérent / Assuré

Rappel des documents à joindre à la présente déclaration de Perte d'Emploi :

- La copie de l'attestation de l'employeur destinée à Pôle Emploi,
- La lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou organisme assimilés ou par l'Etat,
- L'attestation de l'employeur précisant la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
- Les bordereaux de paiement des prestations par Pôle Emploi ou organismes assimilés.
- La copie du contrat de travail

Les documents sont à envoyer à l'adresse mentionnée en en-tête.