

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.