

**DECLARATION DE PERTE D'EMPLOI
A COMPLETER PAR L'ASSURE**

Ce document devra être remis sous pli cacheté et adressé à :**SOGECAP - A l'attention du Médecin Conseil - 42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1****Identification de l'assuré**

 Mademoiselle Madame Monsieur

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Informations relatives à la perte d'emploi

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'assuré : _____

RAPPEL DES PIÈCES A TRANSMETTRE AVEC LA DECLARATION

- Une copie de votre tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- Votre demande d'adhésion à l'assurance
- Une copie de votre lettre de licenciement
- Une copie de votre lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou organismes assimilés ou par l'état
- Une attestation de votre ou de vos employeurs précédents précisant :
 - o la nature du contrat de travail au moment du licenciement
 - o les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis votre adhésion au contrat
- Vos bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou organismes assimilés.