



Modèle de CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné(e), Madame/Monsieur domicilié(e)
..... et immatriculé(e) sous le numéro d'employeur
.....

Certifie avoir employé Madame/Monsieur
domicilié(e)..... et immatriculé(e) sous le numéro de sécurité
sociale, en qualité de
du au

Madame/Monsieur nous quitte libre de tout engagement.

Madame/Monsieur bénéficiera, à compter de la date de cessation de son
contrat de travail, soit à compter du (*lendemain du dernier jour du contrat*), du
maintien à titre gratuit des garanties prévoyance, à savoir contre les risques d'incapacité de
travail ou d'invalidité prévues par l'Ircem Prévoyance et ce, pendant une période égale au
maximum à la durée d'indemnisation du chômage, et dans la limite de la durée du dernier
contrat de travail, sans pouvoir excéder 12 mois. Les garanties maintenues seront
applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui en bénéficiaient
effectivement à la date de la cessation du contrat de travail.

En foi de quoi, je délivre le présent certificat pour faire valoir et servir ce que de droit

Fait à, le

Signature de l'employeur

Ces informations vous sont fournies à titre indicatif et général

En partenariat avec :



FÉDÉRATION DES PARTICULIERS
EMPLOYEURS DE FRANCE