Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
ministère de l'Équipement des Transports, du Logement du Tourisme et de la Mer
secrétariat d'État aux Transports et à la Mer

Mesure co-financée par l'IFOP

Cerfa
N° 12289*01

DEMANDE DE CESSATION ANTICIPÉE D'ACTIVITÉ DES MARINS-PÊCHEURS ET PÊCHEURS ARTISANS

(À remplir par le marin et l'employeur, et à remettre en quatre exemplaires à la Direction départementale des Affaires maritimes du marin)

Convention du 2 juillet 1991

(À remplir par le marin)

BÉNÉFICIAIRE	NOM (en lettres d'imprimerie) :	
Prénoms :	Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Lieu :	
Adresse actuelle : Code Postal |_|_|_|_|_| Commune :	Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	N° matricule :
	N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Quartier d'inscription :

MODE DE PAIEMENT	
Nom et prénoms du titulaire du compte :	Je désire que le règlement de mes allocations soit effectué : *(mettre une croix dans la case correspondante)* ❒ Sur compte CCP ❒ Sur compte bancaire ❒ Sur livret de la Caisse nationale d'épargne (La Poste) ❒ Sur livret de la Caisse national d'épargne et de prévoyance

Joindre à cet imprimé un relevé d'identité bancaire ou postal

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas demandé la liquidation d'une pension d'ancienneté et n'avoir pas demandé l'ouverture de droits au titre du même licenciement aux allocations du régime d'assurance-chômage.

Je m'engage à aviser sans délai l'administration des affaires maritimes dès que j'aurai repris une activité professionnelle quelle qu'elle soit ou dès que j'aurai demandé la liquidation d'une pension de retraite.

Je reconnais avoir pris connaissance du fait que toute fausse déclaration ou fraude entraînerait la cessation du versement de ma prestation.

Fait à le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature :

L'Intéressé est informé qu'il détient un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, conformément à la loi n° 78.17 du 06 janvier 1978

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR (à remplir par l'armateur)

Nom et adresse :

(ou cachet)

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du navire du dernier emploi :

Quartier des Affaires maritimes auquel l'armement est rattaché (quartier correspondant) :

Catégorie ENIM du marin (1) :

Date de licenciement du marin (2) :

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
(terme du préavis)

Code d'activité économique (APE)

|_|_|_|_|

N° d'identité de l'établissement (n° SIRET)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de code ENIM de l'armateur

|_|_|_|_|_|_|_|

Fait à

le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Je soussigné certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature :

(1) À la date du licenciement
(2) Joindre tout justificatif à l'appui (lettre de licenciement et reçu pour solde de tout compte ou dernier bulletin de salaire).

DÉCISION DE PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTAT
(partie réservée à l'administration)

Direction Départementale des Affaires Maritimes de

Nom du marin : Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Catégorie ENIM de prise en charge :

Nombre d'années de services validés pour pension à l'ENIM : |_|_|_|_| |_|_| |_|_|*
an mois jours

J'atteste que les renseignements certifiés ci-dessus sont exacts

Le Directeur Départemental des Affaires Maritimes

Fait à le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Le Directeur Départemental,

Signature

* À la date de la rupture du contrat

Direction Régionale des Affaires Maritimes de

Vu, Le Directeur Régional

Fait à le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature

Département des Systèmes d'Informations

Montant du versement journalier initial à la charge de l'État : |_|_|_|_|_|_|,|_|_|

Date de prise en charge : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date de fin d'effet : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Pour accord de prise en charge

Le Contrôleur financier, Pour le Ministre, et par délégation :

Fait à le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Fait à le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|