



ODDO BHF

**CERTIFICAT DE
TRAVAIL**

(Article L 1234-19 du Code du Travail)

Je soussigné(e) **MME VAN DER WERF AURORE** en qualité de Directrice des Ressources Humaines

de la société :

ODDO BHF SCA
12 BOULEVARD DE LA MADELEINE
75009 PARIS

certifie que : **Mme KAPRIELIAN Sevane**
44 b ALLÉE DE BOUGAINVILLE
93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS
N° de Sécurité Sociale : 2 87 07 75 104 061 49

a été employé(e) dans l'entreprise du **09/10/2017** au **31/03/2020**

pour le(s) emploi(s) suivant(s) :

du 09/10/2017 au 31/03/2020 ASSISTANT(E) COMMERCIAL(E)

Pour toute cessation de contrat ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, le salarié bénéficiera, à compter de la date de cessation de son contrat de travail, soit à compter du 31/03/2020, du maintien à titre gratuit des garanties frais de santé et prévoyance, prévues par le contrat de prévoyance souscrit par l'entreprise 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 (ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de notre entreprise), sans pouvoir excéder 12 mois. Les garanties maintenues seront identiques à celles en vigueur dans l'entreprise et 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.

Fait à PARIS, le 24/03/2020

ODDO BHF SCA
12 boulevard de la Madeleine
75009 Paris
RCS Paris 652 027 384
Tél. : 01 44 51 85 00



Signature de l'Employeur

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle emploi

A remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.).

Unédic

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :
- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la joignant à la demande d'allocations d'assurance chômage ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

Attestation annule et remplace éditée automatiquement par Pôle emploi le 22/03/2020 17:34. N° d'ordre 200322171144980

Logiciel utilisé : TeamsRH - Norme - version V01X13 reconstituée à partir des déclarations DSN

1. l'employeur

ODDOGROUP ODDOGESTIONPRIVEE ODDOGP
12 BOULEVARD DE LA MADELEINE

75009 PARIS

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 65202738400047

Code APE/NAF : 6612Z

N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :

N° Nom

Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé :

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé :

ne rien inscrire dans ce cadre

EMPLOYEURS DU SECTEUR PUBLIC (Art. L. 5424-1 du C. du T.).

☐ Employeur en auto assurance

☐ Employeur ayant conclu une convention de gestion

N° de la convention de gestion

Code d'affectation

N° interne employeur public

☐ Employeur ayant adhéré à titre révocable

☐ Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Date d'adhésion :

Statut du salarié : ☐ stagiaire ☐ titulaire ☐ non titulaire

☐ Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

2. le salarié

☒ M^{me} ☐ M

Nom de famille (nom de naissance) : KAPRIELIAN

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : KAPRIELIAN

Prénom (s) : Sevane

Adresse : 44 b ALLÉE DE BOUGAINVILLE

Code postal : 93320 Commune : LES PAVILLONS SOUS BOIS

NIR (n° de Sécurité sociale) : 2870775104061

Date de naissance : 22/07/1987 Lieu de naissance : PARIS

☒ Ressortissant français* ☐ Ressortissant UE* ☐ Ressortissant EEE* ☐ Ressortissant Suisse* ☐ Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : profession intermédiaire (technicien, contremaître, agent de maîtrise, clergé) 40 Statut cadre ou assimilé : ☒ oui ☐ non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

☒ AGIRC

☒ ARRCO

☐ IRCANTEC

☐ CRPN

☐ CNBF

☐ Autres (précisez) :

(Pour les cadres ou assimilés affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO, les deux institutions doivent être renseignées).

Les données à caractère personnel collectées dans ce formulaire sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation d'aide au retour à l'emploi. Elles sont mises à disposition dans le dossier dématérialisé concernant le salarié, dénommé DUDE. Elles sont communiquées à d'autres organismes de protection sociale ou concourant à son reclassement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès de Pôle Emploi. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte de ces données.

2870775104061, KAPRIELIAN Sevane

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du 09/10/20 au 31/03/20
- Date de fin initiale du CDD : _____
- Dernier emploi tenu : ASSISTANT(E) 37xx _____ Dernier lieu de travail : _____ Dépt. 75
- Ancienneté dans l'entreprise : ☐ moins d'1 an ☐ entre 1 an et moins de 2 ans ☐ au moins 2 ans
- Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission ou de signature de la convention de rupture conventionnelle : _____ 09/01/20
- Préavis : ☐ effectué : _____ du _____ au _____
☐ non effectué } ☐ payé : _____ du _____ au _____
☐ non payé : _____ du _____ au _____
(motif) : _____
- En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) : _____
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ☐ oui ☒ non
- Catégorie d'emploi particulier : ☐ intérimaire ☐ intermittent ☐ travailleur à domicile ☐ expatrié
☐ employé de maison ☐ assistante maternelle
☐ salarié en portage salarial ☐ autre : _____
(précisez) _____
- Horaire de travail : (en heures)
- salarié au forfait ☐ oui ☒ non hebdomadaire mensuel annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ ou 151.67 ou _____
- du salarié : _____ ou 151.67 ou _____
- motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel
☐ autre motif : _____
(précisez) _____
- Nature du contrat : ☒ contrat à durée indéterminée ☐ contrat à durée déterminée
- Contrat de type particulier : ☐ apprentissage ☐ professionnalisation ☐ CUI-CIE ☐ CUI-CAE ☐ contrat d'engagement éducatif
☐ emploi d'avenir ☐ autre : _____
(précisez) _____
- Périodes de suspension du contrat de travail :
☐ Congé sabbatique _____ du _____ au _____
☐ Congé sans solde et assimilé _____ du _____ au _____
☐ Période de disponibilité des trois fonctions publiques _____ du _____ au _____
- Statut particulier : ☐ gérant ☐ administrateur/PDG/DG ☐ Mbre/Pdt du Directoire
☐ Mbre du Cons. de surveillance ☐ Pdt d'une association ☐ Mbre d'un GIE ☐ Associé/actionnaire
☐ autre : _____
(précisez) _____

5. motif de la rupture du contrat de travail

- 11 ☐ licenciement suite à redressement ou liquidation judiciaire
- 12 ☐ licenciement suite à fermeture définitive de l'établissement
- 14 ☐ licenciement pour motif économique
- 15 ☐ licenciement pour fin de chantier ou d'opération
- 20 ☐ licenciement pour autre motif,
(précisez) : _____
- 25 ☐ autre rupture pour raison économique
(Art. L. 1233-3 dernier alinéa du C. du T.)
- 31 ☐ fin de contrat à durée déterminée
- 32 ☐ fin de mission d'intérim
- 81 ☐ fin de contrat d'apprentissage
- 50 ☐ rupture anticipée du CDD pour inaptitude constatée par le médecin du travail
- 95 ☐ rupture anticipée du CDD pour faute grave
- 82 ☐ résiliation judiciaire du contrat
- 83 ☐ rupture pour force majeure ou fait du prince
- 84 ☐ rupture d'un commun accord d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage
- 34 ☐ fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur
- 35 ☐ fin de période d'essai à l'initiative du salarié
- 36 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative de l'employeur
- 37 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative du salarié
- 38 ☐ mise à la retraite par l'employeur
- 39 ☐ départ à la retraite à l'initiative du salarié
- 59 ☐ démission (motif) : _____
- 88 ☒ rupture conventionnelle
☐ rupture conventionnelle collective
☐ rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité
☐ rupture dans le cadre d'un accord de performance collective
☐ licenciement du collaborateur parlementaire
(Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017)
- 60 ☐ autre motif : (précisez) : _____

2870775104061, KAPRIELIAN Sevane

6.1 salaires des 12 mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé et payé. (Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/11/2017, indiquez les salaires du 01/11/2016 au 31/10/2017).

Dernier jour travaillé payé :

3 1 0 3 2 0 2 0

Période de paie du au		Date de paie	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Nb de jours ou d'heures (précisez) n'ayant pas été intégralement payés	Salaires mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)	Observations En cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1	2	3	4	5	6	7	
01/04/2019	30/04/2019	30/04/2019	154.00 Heure(s)		2750.00		
01/05/2019	31/05/2019	31/05/2019	161.00 Heure(s)		2750.00		
01/06/2019	30/06/2019	30/06/2019	133.00 Heure(s)	7.00 Heure(s)	2750.00		
01/07/2019	31/07/2019	31/07/2019	133.00 Heure(s)	28.00 Heure(s)	2588.00		
01/08/2019	31/08/2019	31/08/2019	154.00 Heure(s)		2750.00		
01/09/2019	30/09/2019	30/09/2019	147.00 Heure(s)		2750.00		
01/10/2019	31/10/2019	31/10/2019	161.00 Heure(s)		2750.00		
01/11/2019	30/11/2019	30/11/2019	147.00 Heure(s)		2750.00		
01/12/2019	31/12/2019	31/12/2019	154.00 Heure(s)		2750.00		
01/01/2020	31/01/2020	31/01/2020	140.00 Heure(s)	21.00 Heure(s)	2753.77		
01/02/2020	29/02/2020	29/02/2020	140.00 Heure(s)		2753.77		
01/03/2020	31/03/2020	31/03/2020	140.00 Heure(s)	14.00 Heure(s)	2753.77		

6.2 primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés doivent figurer dans la rubrique 6.3.

Primes ou indemnités à périodicité liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (13 ^e mois, prime de vacances...).	Période couverte par l'indemnité ou la prime du au		Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage
prime liée à l'activité avec période de rattachement spéc	01/12/2017	30/11/2018	30/06/2019	800.00
prime liée au rachat des jours RTT avec période de rattachement	01/01/2020	31/03/2020	31/03/2020	63.33

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (prime de transfert, prime de bilan...).	Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI,
LE SALARIÉE EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE
www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire.

2870775104061, KAPRIELIAN Sevane

6.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

salaire (versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 6.1)

Période du	au	Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)

**indemnité compensatrice
de préavis**

Montant : _____ EUR

**indemnité compensatrice
de congés payés**

Montant : _____ 1395.94 EUR

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? ☐ oui ☒ non

Si oui, précisez laquelle : _____

et précisez le nombre de jours ouvrables _____

**total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles
ou transactionnelles inhérentes à la rupture**

_____ 13660.00 EUR

• Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) :
dont indemnités :

_____ 1808.34 EUR

☐ légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

☐ spéciale de licenciement _____

☐ spécifique de licenciement _____
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

☒ minimale de rupture conventionnelle _____ 1808.34
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement

☐ due aux journalistes _____

☐ légale de clientèle _____

☐ légale due au personnel

_____ navigant de l'aviation civile _____

☐ de fin de contrat à durée déterminée _____

☐ versée à l'apprenti en application de

_____ l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____

☐ de fin de mission _____

☐ due en raison d'un sinistre _____

☐ de départ à la retraite _____

☐ autres indemnités légales _____

• Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) : _____ 1601.66 EUR

• Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____ 10250.00 EUR

Une transaction est-elle en cours ? ☐ oui* ☒ non

*Si d'autres sommes sont versées après l'établissement de cette attestation, vous devez les déclarer à Pôle emploi.

7. avance du régime de garantie des salaires

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire, une avance de l'AGS :

a-t-elle été perçue ? ☐ oui Pour quelles créances : _____

☐ non Motif : _____

est-elle à percevoir ? ☐ oui Pour quelles créances : _____

☐ non Motif : _____

8. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : _____ (prénom) : _____

agissant en qualité de :

☐ chef d'entreprise

☐ directeur

☐ comptable

☐ mandataire liquidateur

☐ gérant

☐ chef du personnel

☐ administrateur judiciaire

☐ autre : _____
(précisez)

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : rupture conventionnelle

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la Direccte ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À PARIS le 31/03/2020

Signature



Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Téléphone : _____

Cachet de l'entreprise

ODDO BHF SCA
12 boulevard de la Madeleine
75009 Paris
RCS Paris 662 027 384
Tél. : 01 44 51 85 00