

# CONVENTION DE PRÉRETRAITE PROGRESSIVE

## NOTICE EXPLICATIVE

### I - CONDITIONS D'ADHÉSION

Les conditions d'adhésion sont présentées dans la notice n° 258 « travail mi-temps » disponible auprès de l'ASSEDIC.

En cas d'indétermination de la date de naissance du bénéficiaire, sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux, la date retenue est celle du 31 décembre de l'année supposée.

### II - AVANTAGES ASSURÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Le niveau de ressources garanties assuré est égal à un pourcentage du salaire journalier de référence fixé comme suit :

- 30 % pour la part de salaire inférieure au plafond retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.
- 25 % pour la part de salaire comprise entre une et deux fois ce plafond.

Le salaire de référence servant de base à la détermination de l'allocation de préretraite progressive versée aux salariés bénéficiaires de la convention est fixée d'après les rémunérations sur lesquelles ont été assises les contributions au régime d'assurance chômage au titre des douze mois civils précédant le dernier jour de travail payé à l'intéressé.

Les périodes au cours desquelles, pendant ces douze mois, l'intéressé n'a pas reçu une rémunération normale et notamment les périodes de suspension du contrat de travail ou de chômage partiel ne sont pas prises en compte.

Le salaire journalier de référence est revalorisé lors de l'ouverture des droits aux allocations de préretraite progressive, lorsque les rémunérations qui le composent sont afférentes à des périodes antérieures d'au moins 6 mois à la date d'effet de la revalorisation.

En cours d'indemnisation, le salaire journalier est revalorisé une fois par an, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, dans les mêmes conditions que les pensions de retraite de la sécurité sociale.

L'allocation de préretraite progressive est versée en sus de la rémunération due au titre de l'exécution du contrat de travail dont la durée de travail représente 50 % du temps de travail initial.

Le montant de l'allocation journalière ne peut être inférieur à un montant minimum revalorisé par arrêté au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour connaître ce montant, prendre contact avec les services de la DDTEFP et des ASSEDIC.

Afin d'établir leur déclaration d'impôt sur le revenu, les bénéficiaires de la préretraite progressive reçoivent chaque année communication du montant qu'ils auront à déclarer et le statut fiscal des allocations correspondantes.

### III - FINANCEMENT DES RESSOURCES GARANTIES

Les allocations du Fonds national de l'emploi sont financées par l'État (budget du ministère chargé de l'emploi).

Les textes en vigueur prévoient une contribution financière de l'entreprise contractante. À noter que les entreprises de moins de 250 salariés qui réembauchent à 90 % de public prioritaire ne sont pas concernées par la contribution financière.

La contribution versée par l'entreprise au Fonds national de l'emploi pour chaque adhésion non compensée est égale au taux prévu par la convention, multiplié par le salaire journalier de référence moyen des salariés adhérant à la convention multiplié par le nombre de jours moyen de prise en charge jusqu'à 60 ans, majoré forfaitairement de 365 jours.

En ce qui concerne les salariés adhérant à une convention de préretraite progressive après 60 ans, la durée moyenne retenue est de 455 jours.

L'entreprise verse à l'État le montant total de la contribution sous forme de fonds de concours rattachés au budget du ministère chargé de l'emploi.

### IV - OBLIGATIONS VIS-A-VIS DE LA DDTEFP ET DE L'ASSEDIC

Les bénéficiaires de l'allocation de préretraite progressive du FNE doivent signaler à la DDTEFP et à l'ASSEDIC toute modification intervenant dans leur situation (poursuite ou reprise d'activité salariée ou non salariée, même à titre bénévole, à temps partiel ou à temps complet, liquidation d'avantage vieillesse, changement d'adresse...), et répondre aux demandes d'actualisation annuelle qui leur sont envoyées par l'ASSEDIC, sous peine de suspension de leurs droits.

**En cas d'accroissement de la durée de travail des bénéficiaires chez l'employeur ayant conclu la convention ou en cas de reprise d'activité professionnelle, le versement de l'allocation de préretraite progressive est suspendu.**

Cependant, à titre exceptionnel et pour certaines tâches d'intérêt général accomplies pour le compte d'organismes privés à but non lucratif ou de collectivités publiques ayant à cet effet conclu une convention avec le représentant de l'État, le versement de l'allocation de préretraite progressive peut être maintenu en tenant compte des rémunérations éventuellement perçues par l'intéressé.

À titre exceptionnel, l'allocation de préretraite progressive est également maintenue si la convention et l'avenant au contrat de travail prévoient l'exercice de mission de tutorat hors temps de travail.



**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**

CODE POSTAL

VILLE

CODE NAF

NÉ LE

Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :

DEPT :

NATIONALITÉ :

RÉGIME S.S

DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE

N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES

DATE ET N° DE LA CONVENTION

PREMIER JOUR DU  
TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales

Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE

NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT

N°

RUE/BLD/AVE/IMP

NOM DE LA VOIE

VILLE

N° COMMUNE

CODE POSTAL

BUREAU DISTRIBUTEUR

**Visa du Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle :**

**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**      CODE POSTAL      VILLE      CODE NAF

NÉ LE      Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :      DEPT :

NATIONALITÉ :      RÉGIME S.S.      DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE

N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES

DATE ET N° DE LA CONVENTION

PREMIER JOUR DU  
TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales

Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE

NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT

N°

RUE/BLD/AVE/IMP

NOM DE LA VOIE

VILLE

N° COMMUNE

CODE POSTAL

BUREAU DISTRIBUTEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**      CODE POSTAL      VILLE      CODE NAF

NÉ LE      Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :      DEPT :

NATIONALITÉ :      RÉGIME S.S.      DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE

N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES

DATE ET N° DE LA CONVENTION

PREMIER JOUR DU  
TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales

Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE

NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT

N°

RUE/BLD/AVE/IMP

NOM DE LA VOIE

VILLE

N° COMMUNE

CODE POSTAL

BUREAU DISTRIBUTEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**      CODE POSTAL      VILLE      CODE NAF

NÉ LE      Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :      DEPT :

NATIONALITÉ :      RÉGIME S.S      DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE      N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES  
DATE ET N° DE LA CONVENTION      PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales      Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE      NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)      PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT      N°      RUE/BLD/AVE/IMP      NOM DE LA VOIE      CODE POSTAL

VILLE      N° COMMUNE

BUREAU DISTRIBUTEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

**4/7 - Volet à conserver par le SALARIÉ**

**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**      CODE POSTAL      VILLE      CODE NAF

NÉ LE      Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :      DEPT :

NATIONALITÉ :      RÉGIME S.S      DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE      N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES  
DATE ET N° DE LA CONVENTION      PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales      Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE      NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)      PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT      N°      RUE/BLD/AVE/IMP      NOM DE LA VOIE  
VILLE      N° COMMUNE      CODE POSTAL

BUREAU DISTRIBUTEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

Je soussigné \_\_\_\_\_, représentant l'entreprise  
déclare sur l'honneur :

- Avoir déposé une offre d'emploi le \_\_\_\_\_ auprès de l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_ sous le n° \_\_\_\_\_
  - Avoir embauché le \_\_\_\_\_ sous contrat à durée indéterminée et } à temps plein (3)  
à temps partiel (3)
- dans l'établissement de \_\_\_\_\_ pour compenser le départ en pré-retraite progressive  
du bénéficiaire ci-dessus désigné :

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_  
inscrit à l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_  
sous le n° \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_, prioritaire en qualité de (4) :

- Jeune de moins de 26 ans dont le niveau de qualification est égal ou inférieur au niveau V de l'éducation nationale.
- Personne seule, demandeur d'emploi et ayant la charge d'au moins un enfant.
- Travailleur handicapé, reconnu comme tel le \_\_\_\_\_ par la COTOREP du département de \_\_\_\_\_
- Chômeur de longue durée - Ayant épuisé ses droits (3) N° du dossier ASSEDIC \_\_\_\_\_
- Bénéficiaire du RMI ou son conjoint.
- Chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Nom du précédent employeur \_\_\_\_\_

Date de rupture du contrat de travail \_\_\_\_\_

En cas d'embauche à temps plein mentionner le nom du second bénéficiaire de la pré-retraite progressive ainsi remplacé :

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(2) Indiquer l'adresse exacte de l'agence locale pour l'emploi concernée.

(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s).

(4) Mettre une croix dans la case correspondante.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.



**ENTREPRISE**

**ÉTABLISSEMENT :**

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE**

ADRESSE

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**      CODE POSTAL      VILLE      CODE NAF

NÉ LE      Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :      DEPT :

NATIONALITÉ :      RÉGIME S.S      DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE      N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES  
DATE ET N° DE LA CONVENTION      PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

N° Caisse Allocations Familiales      Qualification professionnelle :

M./MME/MLLE      NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)      PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DEMEURANT      N°      RUE/BLD/AVE/IMP      NOM DE LA VOIE  
VILLE      N° COMMUNE      CODE POSTAL

BUREAU DISTRIBUTEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

Je soussigné \_\_\_\_\_, représentant l'entreprise  
déclare sur l'honneur :

- Avoir déposé une offre d'emploi le \_\_\_\_\_ auprès de l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_ sous le n° \_\_\_\_\_
  - Avoir embauché le \_\_\_\_\_ sous contrat à durée indéterminée et \_\_\_\_\_ à temps plein (3) \_\_\_\_\_ à temps partiel (3) \_\_\_\_\_
- dans l'établissement de \_\_\_\_\_ pour compenser le départ en pré-retraite progressive du bénéficiaire ci-dessus désigné :

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_  
inscrit à l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_ sous le n° \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_, prioritaire en qualité de (4) :

- Jeune de moins de 26 ans dont le niveau de qualification est égal ou inférieur au niveau V de l'éducation nationale.
- Personne seule, demandeur d'emploi et ayant la charge d'au moins un enfant.
- Travailleur handicapé, reconnu comme tel le \_\_\_\_\_ par la COTOREP du département de \_\_\_\_\_
- Chômeur de longue durée - Ayant épuisé ses droits (3) N° du dossier ASSEDIC \_\_\_\_\_
- Bénéficiaire du RMI ou son conjoint.
- Chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Nom du précédent employeur \_\_\_\_\_

Date de rupture du contrat de travail \_\_\_\_\_

En cas d'embauche à temps plein mentionner le nom du second bénéficiaire de la pré-retraite progressive ainsi remplacé :

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(2) Indiquer l'adresse exacte de l'agence locale pour l'emploi concernée.  
(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s).  
(4) Mettre une croix dans la case correspondante.