

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

VOTRE IDENTITÉ

Nom de naissance :	_____	Prénom :	_____
Nom du mari (s'il y a lieu):	_____	Date de naissance :	□□□□□□□□□□
Adresse :	_____		
Code postal :	□□□□□□	Ville :	_____
Téléphone (conseillé) :	□□□□□□□□□□	E-Mail (conseillé) :	_____
N° Sécurité sociale	□□□□□□□□□□□□	clé	□□□
Célibataire	<input type="checkbox"/>	Marié(e)	<input type="checkbox"/>
Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Séparé(e)	<input type="checkbox"/>
Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>	Vie maritale	<input type="checkbox"/>

IDENTITÉ DU CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

Nom de naissance :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	□□□□□□□□□□	Date du décès (éventuel) :	□□□□□□□□□□
Activité :	_____		

AUTRES PERSONNES À CHARGE

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession ou autre situation

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (paragraphe 2, 3, 6 et 7)

1 - RECONSTITUTION DE CARRIÈRE

Afin de nous permettre de valider les 30 années d'activité salariée exigées, indiquez sur l'imprimé RECONSTITUTION DE CARRIÈRE vos périodes d'emploi **telles que définies sur la 1^{ère} page de la notice explicative.**

2 - SITUATION ACTUELLE

- en activité contrat à durée indéterminée contrat à durée déterminée
- à temps complet
- à temps partiel : nombre d'heures effectuées chaque mois : _____
- hormis votre emploi de conducteur(trice), avez-vous une autre activité, même réduite, salariée ou non ?
- Oui Non Si oui, laquelle ? : _____
- en arrêt de travail pour l'un des motifs suivants :
- maladie depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- accident de travail depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- invalidité depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- autre (à préciser) _____ depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- reclassé à la suite d'une inaptitude physique consécutive à un accident de travail depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - DATE PRÉVISIONNELLE DE MON DÉPART EN CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

JE DEMANDE À BÉNÉFICIER DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ À EFFET DU [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (DATE OBLIGATOIRE)

PENSEZ-VOUS REMPLIR LES CONDITIONS VOUS PERMETTANT DE BÉNÉFICIER D'UNE RETRAITE AVANT 60 ANS, AU TITRE DU DISPOSITIF DE DÉPART ANTICIPÉ À LA RETRAITE COMMUNÉMENT APPELÉ «CARRIÈRE LONGUE» ? Oui Non

4 - ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE

Le départ en congé de fin d'activité met fin au contrat de travail qui lie le conducteur à son employeur.

Pour permettre au bénéficiaire du congé de fin d'activité de continuer à acquérir des trimestres de retraite, l'AGECFA-Voyageurs assume les formalités d'adhésion à l'**assurance volontaire vieillesse**.

Les cotisations sont entièrement à la charge de l'Etat et du régime.

Aussi doit-il donner une subrogation pour que l'AGECFA-Voyageurs puisse procéder, en son nom, à cette adhésion (voir paragraphe 7 - 2 ci-dessous).

5 - COUVERTURE DÉCÈS

Vous bénéficierez durant toute la période de versement de votre allocation d'une garantie décès (capital) mise en place par le régime auprès de la CARCEPT-Prévoyance. La cotisation à cette garantie, répartie entre le fonds social de l'AGECFA-Voyageurs, votre employeur et vous-même, sera payée une fois pour toutes lors de votre passage en CFA.

6 - MODE DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION CHOISI

Virement à un compte bancaire postal caisse d'épargne

7 - AUTORISATION DE CONSULTATION DES FICHIERS CARCEPT, CARCEPT-Prévoyance, IPRIAC ET DEMANDE DE SUBROGATION

1 - J'autorise⁽¹⁾ l'AGECFA-Voyageurs à consulter les informations me concernant contenues dans les fichiers gérés par la CARCEPT, la CARCEPT-Prévoyance et l'IPRIAC.
Je n'autorise pas⁽¹⁾

2 - JE DONNE POUVOIR A L'AGECFA-VOYAGEURS POUR EFFECTUER À MA PLACE TOUTES LES DÉMARCHES NÉCESSAIRES À MON AFFILIATION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE.

3 - Je soussigné(e), _____ certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus (paragraphe 2, 3, 6 et 7) et m'engage à informer les personnes «à charge» de leurs droits relatifs à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

Date [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature (obligatoire)

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile.

JUSTIFICATIFS A JOINDRE **OBLIGATOIREMENT**

- Photocopies de tous les certificats de travail ou, à défaut, de tous les bulletins de salaire.

- Photocopie du dernier bordereau de paiement des indemnités journalières (I.J.) par la Sécurité sociale.
- Photocopie du dernier bordereau de paiement des I.J. par la Sécurité sociale ou de la rente accident de travail.
- Photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité et du dernier avis de règlement.

- Justificatif de la médecine du travail (uniquement en cas de reclassement), qui doit indiquer que votre reclassement est consécutif à un accident du travail intervenu dans l'exercice de votre métier de conducteur.

- L'imprimé demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse **signé uniquement (ne pas dater), remplir la partie demandeur**

- Déclaration de bénéficiaire (dans l'hypothèse où l'ordre indiqué au point i de la page 3 de la notice explicative ne conviendrait pas).

- Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (**original**).
- Photocopie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité ; à défaut, photocopie de votre livret de famille régulièrement tenu à jour ou extrait de votre acte de naissance (original)
- Photocopie de l'attestation délivrée par votre centre de Sécurité sociale jointe à votre carte vitale. Dans l'hypothèse où votre conjoint serait lui-même assuré principal, nous adresser l'attestation le concernant.
- Photocopies de vos deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
- Photocopie du relevé de carrière (relevé de compte individuel) de la Sécurité sociale mentionnant le nombre de trimestres de cotisations (à demander à votre centre CARSAT).
- Photocopies des bulletins de salaire des 60 derniers mois civils travaillés à temps complet précédant la demande.
- Photocopie recto-verso de votre permis de conduire.
- Reconstitution de carrière **complétée, datée et signée**.

Vous devez obligatoirement certifier la conformité des photocopies produites en apposant sur chacune d'elles la mention « photocopie certifiée conforme à l'original » suivie de la date et de votre signature.



Logistique



Transport
de marchandises



Transport
de voyageurs

Vous transportez la vie, nous protégeons la vôtre.

La notice explicative ci-jointe a pour objet de vous aider à remplir votre demande de prise en charge.

ASSOCIATION DE GESTION DU CONGE DE FIN D'ACTIVITE VOYAGEURS

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901

174 rue de Charonne - TSA 73001 - 75126 Paris cedex 11

▶ N°Cristal 0969 36 22 22

APPEL NON SURTAXE



carcept prev

4-22 rue Marie-Georges Picquart
75017 Paris
www.carcept-prev.fr

Une marque de KLESIA