

GARANTIE INVALIDITÉ RÉGIME CONVENTIONNEL

► N°Cristal 0969 36 22 22

APPEL NON SURTAXE

prestations de prévoyance

incapinval@klesia.fr

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale

Référence client ¹

Adresse

Code postal : Ville :

ASSURÉ À renseigner par l'adhérent (en majuscules d'imprimerie)

Prénom

Nom de naissance

Nom marital

Adresse

Code postal : Ville :

E-mail :

Tél. portable :

N° d'assuré social : clé

Date de naissance :
jour mois année

Date d'entrée dans l'entreprise :
jour mois année

Date de sortie de l'entreprise (éventuellement) :
jour mois année

Catégorie professionnelle et nature de l'emploi de l'assuré (cocher les cases utiles)

☐ Non Cadre

☐ Cadre

¹ N° de SIRET ou N° client CARCEPT-Prévoyance



RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL (à renseigner par l'adhérent)

Cause de l'arrêt de travail Cocher la/les case(s) utile(s)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ maladie | ☐ maladie professionnelle | | |
| ☐ accident vie privée | ☐ accident du trajet | ☐ accident du travail | ☐ non causé par un tiers |
| | | | ☐ causé par un tiers |

Date du 1^{er} jour d'arrêt

Date d'effet de la pension d'invalidité

En l'absence d'arrêt de travail avant l'invalidité, joindre un certificat médical de votre médecin traitant précisant la date de survenance à laquelle est rattachée l'invalidité (voir formulaire ci-joint).

S'agit-il d'une rechute d'un arrêt de travail antérieur ? (cocher la case utile) ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, joindre une attestation de la Sécurité sociale précisant la date d'arrêt initiale (fait générateur) à laquelle est rattaché cet arrêt.

SALAIRES DE L'ASSURÉ (à renseigner par l'adhérent)

Salaires bruts soumis aux cotisations sociales (hors frais professionnels), limités à trois fois le plafond de la Sécurité sociale, que l'assuré a ou aurait¹ perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité ou la date de reconnaissance de l'invalidité (en cas d'absence d'arrêt de travail avant l'invalidité).

€

¹ Lorsque l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à 12 mois lors de la survenance du sinistre, le salaire de référence servant de base de calcul de la prestation est égal au salaire d'embauche annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limité à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de suspension du contrat de travail suite à un arrêt de travail maladie ou AT/MP, ou un congé maternité, paternité, il y a lieu de reconstituer le salaire.

Pas de reconstitution de salaire pour tout autre motif que ceux énoncés ci-dessus.

L'entreprise certifie par la présente déclaration et atteste que l'assuré, M. _____ appartenait à la catégorie de personnel visée par les dispositions du contrat souscrit auprès de la CARCEPT-Prévoyance et figurait sur ses contrôles à la date de l'événement mettant en cause ces garanties.

Fait à : _____ Date

Pour tout renseignement,
s'adresser à :

M./M^{me} _____

Tél. _____

E-mail _____

Signature et Cachet de l'entreprise (obligatoire)

CARCEPT-Prévoyance

Références à rappeler :

N° de Sécurité sociale : _____ clé _____

CARCEPT PREV
SERVICE INCAPACITÉ-INVALIDITÉ
CS 30027
93108 MONTREUIL CEDEX

COUPON-RÉPONSE - À nous retourner à l'adresse ci-dessus.

Informations Assuré :

N° de Sécurité sociale Assuré :

_____ clé _____

PIÈCES À JOINDRE

- Attestation sur l'honneur ci-jointe.
- Votre relevé d'identité bancaire.
- Demande de prise en charge complétée par l'employeur.
- Décomptes de la Sécurité sociale du dernier jour de travail à la date de mise en invalidité.
- Copie de la notification d'attribution la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente délivrée par la Sécurité sociale.
- Justificatifs des ressources depuis la date d'effet de la pension d'invalidité (bulletins de salaires, décomptes Pôle emploi...).
- Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant.
- Copie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité.
- Certificat médical précisant la date de survenance à adresser à notre médecin conseil.

☐ Je certifie avoir pris connaissance sur www.carcept-prev.fr (rubrique « mon espace personnel ») de mon compte de points d'activité et de la complétude des périodes de ma carrière. J'ai également noté qu'en cas de contestation, et si je n'ai pas atteint le seuil maximal de 3601 points, je joins au présent dossier les bulletins de salaires des périodes contestées.

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

(À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

à retourner à l'adresse suivante :
KLESIA – CARCEPT PRÉVOYANCE
 A l'attention du Médecin Conseil
 Prestations INCAPACITE / INVALIDITE
 CS 30027
 93108 MONTREUIL CEDEX

Objet : Mise en invalidité

Prénom :

Nom :

Numéro de Sécurité sociale : Clé

Date de la pension d'invalidité : _____

☐ **Catégorie 1** ☐ **Catégorie 2** ☐ **Catégorie 3**

Cette invalidité :

☐ est en lien avec un arrêt de travail.

Date de l'arrêt de travail initial dont la pathologie a entraîné l'invalidité : _____

☐ est en lien avec une pathologie qui n'a pas généré d'arrêt de travail :

Date de la pathologie : _____

☐ n'est en lien avec aucun arrêt de travail précédent

Je soussigné (e), Docteur certifie l'exactitude des informations ci-dessus énoncées.

FAIT À :

LE _____

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à CARCEPT Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK) ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires et délégataires de gestion. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.