

DEMANDE DE PRESTATIONS IPRIAC

NOM (en majuscules) : Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de Sécurité sociale + Clé :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

Adresse : N°, Rue, Lieu-dit :

Commune :

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Bureau distributeur :

Numéro de téléphone :

Adresse mail@.....



carcept prev

GROUPE KLESIA

JUSTIFICATIFS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF

Vous devez nous retourner ce formulaire dûment complété, accompagné des justificatifs ci-dessous, à l'adresse suivante :

**IPRIAC
PRESTATIONS
CS 70011
75128 PARIS cedex 11**

- Photocopie de la notification de retrait de permis de conduire ou du certificat spécial délivré par la préfecture ; à défaut, fiche d'inaptitude définitive à la conduite délivrée par la médecine du travail.
- Photocopie recto-verso du permis de conduire.
- **Tous les certificats de travail ; à défaut les bulletins de salaires justifiant les périodes d'emploi indiquées dans la reconstitution de carrière.**
- Photocopie du bulletin de salaire correspondant à la date du dernier jour de conduite.
- Photocopie des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
- Relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne (original).
- Le formulaire « vos ressources » rempli, daté, signé et accompagné des pièces justificatives.
- Attestation destinée au Pôle emploi délivrée par votre dernier employeur.
- Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité.
- Relevé de carrière de la Sécurité sociale.
- 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 1801 points, je joins au présent dossier les bulletins de salaires des périodes contestées.

DOSSIER MÉDICAL

- Le dossier médical joint, **accompagné impérativement des pièces médicales relatives à l'affection ayant entraîné votre inaptitude** telle que décrite page 2 du dossier médical dans la colonne : « exemples de documents par spécialité à joindre obligatoirement selon l'affection ».

Vous devez nous le retourner dans une enveloppe séparée et marquée « CONFIDENTIEL » à l'adresse suivante :

**IPRIAC - À l'attention du Médecin Conseil
Service Médical
CS 70011
75128 PARIS cedex 11**

RECONSTITUTION DE CARRIERE À RENSEIGNER PAR LE DEMANDEUR

Indiquer les périodes d'activité salariée accomplies dans des entreprises de transport public*, dans un emploi de conduite nécessitant la possession d'un permis C, EC, D, ED (ex C, C1, D) ou d'un certificat spécial de capacité à la conduite.

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Durée Année Mois	Indiquer le nom et l'adresse des entreprises de transport relevant de l'IPRIAC*	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	Code NACE (NAF)
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :	
AU			EMPLOI :	

Je soussigné(e) (NOM + PRÉNOM)
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

le | | | | | | | | | |
(DATE OBLIGATOIRE)

SIGNATURE :
(OBLIGATOIRE)

TRÈS IMPORTANT :

joindre tous les certificats de travail ; à défaut, tous les bulletins de salaire justifiant l'intégralité des périodes décrites ci-dessus.

- * ENTREPRISES DE TRANSPORT RELEVANT DE :
- la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport,
 - la convention collective nationale des réseaux de transport urbains de voyageurs,
 - la convention collective nationale de travail du personnel des voies ferrées d'intérêt local,
 - la convention collective nationale des activités du déchet,
 - la convention collective nationale des coopératives et SICA bétail et viandes.

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

N° D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE À L'IPRIAC (voir bulletin d'affiliation)

CONVENTION COLLECTIVE :

Période d'emploi « CONDUITE » dans l'entreprise :

Emploi exact occupé, préciser : ■ la qualification :

■ le coefficient :

■ le groupe :

■ le nombre d'heures de conduite prévu au contrat :

Date de reconnaissance de l'inaptitude à la conduite par la médecine du travail
ou date de retrait du permis de conduire ou du certificat spécial :

L'inaptitude est-elle d'origine accidentelle ?

Si oui, l'accident est-il dû à un tiers ?

Rémunération brute soumise à cotisation **hors frais professionnels**
perçue au cours des douze mois civils précédant la date d'inaptitude
ci-dessus (en cas d'absences pour incapacité, réintégrer le montant
des salaires perçus qui auraient dû être soumis à cotisation)

Date du dernier jour de conduite :

Le salarié bénéficie-t-il (ou a-t-il bénéficié) d'un maintien de salaire depuis
son inaptitude ou invalidité jusqu'à la rupture du contrat de travail ?

Si oui :

1) Maintien de salaire dans le cadre d'un accord d'entreprise ou

de la CNN à % (préciser le taux)

à % (préciser le taux)

2) Si maintien de salaire au-delà des périodes indiquées ci-dessus

- Prévoyance collective € brut par jour (à préciser)

- Congés payés

- Autres (repos compensateurs...) : (à préciser)

Le contrat de travail a-t-il été rompu ?

Si oui, à quelle date ? :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L'intéressé(e) a-t-il (elle) été reclassé(e) dans l'entreprise ?

Si oui, préciser :

■ Le montant annuel de la rémunération totale brute hors
frais professionnels réelle ou évaluée du nouvel emploi :

■ La nature du nouvel emploi :

■ La date du reclassement :

CERTIFIÉ EXACT

Date :

Signature :

Personne à contacter : Tél. :

E-mail : @

.....

.....

du au

.....

.....

.....

.....

.....

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

..... €

.....

☐ oui ☐ non

du au

du au

du au

du au

du au

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

..... €

.....

.....

CACHET DE L'ENTREPRISE
obligatoire

INSTITUTION DE PREVOYANCE D'INAPTITUDE A LA CONDUITE
régie par le code de la Sécurité sociale

4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS –  0969 36 22 22

www.carcept-prev.fr - Mél. : contact-ipriac@klesia.fr