

# 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 <sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> N° de SIRET ou N° client CARCEPT-Prévoyance

CARCEPT-Prévoyance - Service prestations de prévoyance - CS 30027  
 93108 MONTREUIL CEDEX - www.carcept-prev.fr



carcept prev

GRUPE KLESIA

## 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<sup>er</sup> 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 aurait <sup>1</sup> 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).

€

<sup>1</sup> 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<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Signature et Cachet de l'entreprise (obligatoire)

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

N° SS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse si modifiée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur depuis ma mise en invalidité en date du : ...../...../.....

- Ne pas avoir repris d'activité rémunérée, ne pas avoir perçu de prestations du Pôle emploi, ni de tout autre organisme**
- Avoir repris une activité rémunérée à compter du : ...../...../.....**
- Avoir perçu des prestations du pôle emploi à compter du : ...../...../.....**
- Avoir perçu des prestations d'un autre organisme à compter du : ...../...../.....**
- Avoir perçu une rente au titre des accidents du travail à compter du : ...../...../.....**
- Avoir pris ma retraite CPAM à compter du : ...../...../.....**

Merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s) à votre situation et nous joindre les éventuels justificatifs.

Je m'engage à l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, ainsi qu'à signaler tout changement concernant cette déclaration.

J'ai pris connaissance des articles L 377-1 du Code de la Sécurité sociale et 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date (*obligatoire*) | | | | | | | | | |

Signature (*obligatoire*)

### Article L 377-1 – Code de la Sécurité sociale

Est passible d'une amende de 3 750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

### Article 441-1 – Code pénal

Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois emprisonnements et de 45 000 euros d'amende.

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](http://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.



carcept prev

GRUPE KLESIA

## 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](mailto: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.

# ATTESTATION

## SALAIRES

Je soussigné(e)

Nom de l'entreprise : .....

SIREN : .....

En qualité de : .....

Atteste l'exactitude des salaires indiqués dans le tableau ci-dessous pour :

Salarié : .....

NIR : .....

PÉRIODE PAR MOIS CIVIL	SALAIRE MENSUEL NET PERÇU*

\* Hors indemnités de licenciement et solde de congés payés

Je m'engage à signaler tout changement concernant cette déclaration.

J'ai pris connaissance des articles L 377-1 du Code de la Sécurité sociale et 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date

Signature et cachet de l'entreprise :

Article L 377-1 – Code de la Sécurité sociale

Est passible d'une amende de 3 750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

Article 441-1 – Code pénal

Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.



**carcept prev**

**GROUPE KLESIA**