

# 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 .....@.....

## 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](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 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**



## 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 ?

oui  non

oui  non

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 ? :

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

oui  non

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 :

oui  non

**CERTIFIÉ EXACT**

Date :

Signature :

**CACHET DE L'ENTREPRISE  
obligatoire**

Personne à contacter : ..... Tél. : .....

E-mail : ..... @ .....

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

# VOS RESSOURCES IPRIAC

## INDIQUER VOTRE SITUATION DEPUIS LA DATE DE LA RECONNAISSANCE D'INAPTITUDE À LA CONDUITE PAR LA MÉDECINE DU TRAVAIL OU LA COMMISSION PRÉFECTORALE DU PERMIS DE CONDUIRE

Avez-vous déposé simultanément un dossier de demande de prestation invalidité au titre de votre contrat conventionnel  oui  non

**TRÈS IMPORTANT** : indiquer toutes vos ressources. Ces éléments nous sont indispensables pour calculer le montant de votre allocation. Il est donc impératif de nous signaler tout changement de ressources intervenant après l'établissement de ce document pour que le montant de votre allocation soit revu.

Indiquez par une croix la ou les ressources perçues durant la période



Sans ressource du  au

Indemnités journalières de la Sécurité sociale depuis le

Pension d'invalidité depuis le

Rente(s) au titre des accidents de travail depuis le

Prestations d'un régime complémentaire au titre d'un contrat collectif souscrit par votre employeur ou d'un accord d'entreprise depuis le

Prestations de Pôle Emploi depuis le

Reclassement dans une entreprise différente de votre dernier employeur en qualité de ..... depuis le

Autre (à préciser)..... depuis le

Pièces justificatives des ressources  
(à joindre à la déclaration)

Tous les décomptes de paiement des indemnités journalières de la Sécurité sociale avec les taux journaliers bruts.

Notification de pension d'invalidité.

Notification(s) de(s) rente(s) accident de travail.

Tous les décomptes de paiement de l'organisme complémentaire ou de l'employeur en cas d'accord d'entreprise.

1<sup>er</sup> avis de paiement + l'intégralité de la notification d'admission + attestation employeur Pôle Emploi.

Photocopie de votre dernier bulletin de salaire.

Pièces justificatives de paiement.

Je soussigné(e) (NOM + PRÉNOM) ..... certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus. **Je m'engage à avertir immédiatement l'IPRIAC de tout changement pouvant intervenir dans ma situation postérieurement à ce jour** (changement de situation vis-à-vis de la Sécurité sociale, reprise d'activité, variation de salaires, indemnisation par Pôle Emploi...).

Date (obligatoire)

Signature (obligatoire)



carcept prev

GROUPE KLESIA



## À PRÉSENTER À VOTRE MÉDECIN

Cher confrère,

Le dossier médical ci-joint est destiné à la commission médicale de l'IPRIAC qui devra donner son avis sur l'inaptitude à la conduite de votre patient.

Par conséquent, nous vous demandons de :

- 1 - Remplir toutes les cases du dossier.
- 2 - Joindre impérativement les pièces **justificatives du diagnostic**.

Nous vous remercions par avance pour votre patient de votre collaboration.

Bien confraternellement.

Docteur Laurent MAGNIER  
POUR LA COMMISSION MÉDICALE



# DOCUMENTS MÉDICAUX FOURNIS PAR LE MÉDECIN RÉDACTEUR DU DOSSIER

- COMPTE RENDU DE CONSULTATION SPÉCIALISÉE
- COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION
- COMPTE RENDU D'INTERVENTION CHIRURGICALE
- TRAITEMENTS EN COURS
- BILAN BIOLOGIQUE (NFS, TRANSAMINASES - GAMMA GT, TRIGLYCÉRIDES)
- COMPTE RENDU D'ANATOMO PATHOLOGIE
- RADIOGRAPHIE
- SCANNER
- IRM
- ÉCHOGRAPHIE
- SCINTIGRAPHIE
- ENDOSCOPIE GASTRIQUE
- ENDOSCOPIE COLOSCOPIQUE
- ENDOSCOPIE BRONCHIQUE
- ECG
- HOLTER DU RYTHME
- HOLTER TENSIONNEL
- TEST D'EFFORT
- EFR
- EEG
- AUDIOMÉTRIE
- CHAMPS VISUELS
- ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE
- SI L'INAPTITUDE EST CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT DE TRAVAIL, JOINDRE LE RAPPORT MÉDICAL COMPLET D'EXPERTISE PRATIQUÉE À LA DEMANDE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR FIXER LE TAUX D'IPP.
- AUTRES EXPLORATIONS :

Ne pas joindre les originaux, radiographie, ni CD médical.

# À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Médecin traitant

Médecin du travail

(voir ANNEXE 1  
à remplir obligatoirement)

Docteur : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

usuel : .....

## 1. Diagnostic détaillé de l'affection justifiant de demande de prestations à l'IPRIAC

– Date d'apparition : .....

– Date d'apparition de l'état invalidant : .....

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 3).

## 2. Diagnostic détaillé de la deuxième affection éventuelle, susceptible de justifier de demande de prestations à l'IPRIAC

– Date d'apparition : .....

– Date d'apparition de l'état invalidant : .....

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 3).

## 3. ACCIDENT DE TRAVAIL

Si l'inaptitude à la conduite est consécutive à un accident de travail :

– Date de l'accident : .....

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 3).

Date :

Signature et cachet du médecin :



# DOSSIER MÉDICAL

## ANNEXE 1

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

À TRANSMETTRE À L'UNITÉ MÉDICO-ADMINISTRATIVE AVEC LE DOSSIER MÉDICAL

#### Identification du demandeur de la prestation

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

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

#### Caractéristiques du poste de travail et exigences particulières

- charges (fréquence, importance, nature...) : \_\_\_\_\_
- horaires (conduite, repos, repas...) : \_\_\_\_\_
- type de trajet : \_\_\_\_\_
- autres : \_\_\_\_\_

#### Moyens de manutentions utilisés

- Mécaniques : \_\_\_\_\_
- Manuels : \_\_\_\_\_
- Aide éventuelle : \_\_\_\_\_

#### Degré de confort et vétusté du véhicule utilisé

(type de véhicule, tonnage, etc.) : \_\_\_\_\_

#### Dates et conclusions des visites médicales des trois dernières années antérieures à l'inaptitude

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Divers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet :

Les médecins de la commission médicale  
de l'IPRIAC vous remercient pour votre collaboration.



# DOSSIER MÉDICAL

## ANNEXE 2

### ATTESTATION À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE DEMANDEUR

À TRANSMETTRE À L'UNITÉ MÉDICO-ADMINISTRATIVE AVEC LE DOSSIER MÉDICAL

Je soussigné(e), M. Mme\* \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Code postal 

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

 Ville \_\_\_\_\_

\*autorise le médecin Président de la commission médicale de l'IPRIAC à demander toutes pièces médicales nécessaires à l'étude de mon cas auprès des médecins signataires de mon dossier IPRIAC rempli à l'appui de ma demande de prestations.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

# DOSSIER MÉDICAL

## ANNEXE 3

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de reconnaissance d'inaptitude (médecine du travail) :

1<sup>ère</sup> visite : | | | | | | | | | | | | | | | |

2<sup>e</sup> visite : | | | | | | | | | | | | | | | |

Inaptitude groupe lourd (préfecture) : \_\_\_\_\_

### Date du dernier jour de conduite

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

Si oui, préciser la date : | | | | | | | | | | | | | | | |

■ Bénéficie t-il (elle) d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie ?  oui  non

Si oui, préciser la date : | | | | | | | | | | | | | | | |

■ Date de rupture du contrat de travail : | | | | | | | | | | | | | | | |

### Certifié exact

Date : | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | |

Cachet de l'entreprise (obligatoire)