

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MENSUALISATION

▶ N°Cristal 0969 36 22 22

APPEL NON SURTAXE

CARCEPT PREV

TSA 20202 - 69307 LYON CEDEX 07

incapinval@klesia.fr - www.carcept-prev.fr

## ENTREPRISE ADHÉRENTE

- Raison Sociale .....
- Référence client .....
- Adresse .....
- Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

## ASSURÉ

- Prénom : ..... Nom ..... Nom .....  
de naissance marital
- Adresse .....
- Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....
- N° Sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Clé [ ][ ][ ]
- Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
- Date d'entrée dans l'entreprise [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Date de sortie de l'entreprise [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

## CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ

- Non cadre  Apprenti  Ouvrier  Employé  Technicien  Agent de maîtrise G1 - G5
- Autre catégorie non cadre (à préciser) .....
- Agent de maîtrise G6 - G8  Cadre  Cadre supérieur  TNS  Mandataire
- Autre catégorie professionnelle (à préciser) .....

## 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 du 1<sup>er</sup> jour indemnisé par la Sécurité sociale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
- Date du 1<sup>er</sup> jour à indemniser par la CARCEPT-Prévoyance [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Date de reprise du travail à temps complet (éventuellement) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
- L'assuré a-t-il été hospitalisé ? (cocher la case utile) OUI NON  
*Si oui joindre le bulletin d'hospitalisation*
- Lieu de survenance du présent arrêt de travail (cocher la case utile)
- France  CEE  autre pays  
(à préciser)



carcept prev

GRUPE KLESIA

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

■ En cas d'arrêt de travail hors du territoire métropolitain, préciser la date du retour en France

■ S'agit-il d'une rechute\* d'un arrêt de travail antérieur ? (cocher la case utile)  OUI  NON  
\* en cas de nouvel arrêt de travail précédé d'une reprise d'activité salariée inférieure à 2 mois complets

■ L'assuré a-t-il déjà été en arrêt de travail au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'arrêt faisant l'objet de la présente demande ? (cocher la case utile)  OUI  NON

■ Si oui, indiquer la période ainsi que la cause précise de l'arrêt

Cause de l'arrêt (maladie, accident du travail, accident de trajet)

du      au      .....

du      au      .....

du      au      .....

Joindre obligatoirement les photocopies des décomptes justifiant de l'intervention de la Sécurité sociale durant la période à indemniser par la CARCEPT-Prévoyance et votre relevé d'identité bancaire

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

■ CCN applicable à l'assuré : .....

■ L'assuré bénéficie-t-il d'un accord d'entreprise ? (cocher la case utile)  OUI  NON

Salaire mensuel TA et TB soumis à cotisation que l'assuré aurait perçu s'il avait travaillé (**hors : frais professionnels, primes exceptionnelles, 13<sup>ème</sup> mois, rappels divers...**)

Brut	Net
€ / mois	€ / mois

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 ..... le

### POUR TOUT RENSEIGNEMENT, S'ADRESSER À

M./Mme.....

Tel .....

E-mail .....

### MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'entreprise