

IPRIAC

Références à rappeler :

N° de Sécurité sociale : [] clé []

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

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 ? oui non

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

Si oui :

1) Maintien de salaire dans le cadre d'un accord d'entreprise ou de la CNN à % (préciser le taux)) du au
à % (préciser le taux)) du au

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

- Prévoyance collective € brut par jour (à préciser)) du au
- Congés payés) du au
- Autres (repos compensateurs...) : (à préciser)) du au

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

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 :

CACHET DE L'ENTREPRISE
obligatoire

Personne à contacter : Tél. :

E-mail : @

IPRIAC

Références à rappeler :

N° de Sécurité sociale : [] clé []

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

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

Informations Assuré : _____

N° de Sécurité sociale Assuré : [] clé []

PIÈCES À JOINDRE

- 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.
- Photocopie du bulletin de salaire correspondant à la date du dernier jour de conduite.
- Photocopie du derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
- Relevé d'identité bancaire.
- Attestation destinée au Pôle emploi délivrée par votre dernier employeur.
- Photocopie de la carte nationale d'identité recto verso.
- **Uniquement pour les demande de rentes (au moins 1801 points d'activités) :** le formulaire "vos ressources" rempli, daté, signé et accompagné des pièces justificatives

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.

Attention : dans l'hypothèse où vous auriez été classé en invalidité par la sécurité sociale l'étude du dossier IPRIAC ne pourra être finalisée qu'après l'indemnisation au titre de l'offre conventionnelle. En effet le montant de l'allocation d'inaptitude à la conduite est calculé en fonction de l'ensemble de vos ressources, y compris la rente versée au titre de l'offre conventionnelle.

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 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 définitive à la conduite de votre patient.

Par conséquent, nous vous demandons de :

- 1 - Remplir la page 3 du dossier médical.
- 2 - Aider si besoin votre patient à constituer son dossier.

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

Bien confraternellement.

Docteur Laurent MAGNIER
POUR LA COMMISSION MÉDICALE

DOSSIER MÉDICAL

À COMPLÉTER DE FAÇON LISIBLE



IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

.....

Ville :

TRÈS IMPORTANT

Pour que votre dossier soit soumis à la commission médicale IPRIAC il convient de :

- 1) **REEMPLIR la page 1 (n'oubliez pas d'indiquer votre n° de SS et votre adresse pour toute correspondance).**
- 2) **JOINDRE TOUTES LES PHOTOCOPIES DES PIÈCES MÉDICALES JUSTIFICATIVES DU DIAGNOSTIC (voir page 2).**

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

- 3) **FAIRE REMPLIR LA PAGE 3 PAR VOTRE MÉDECIN.**

⚠ TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNÉ ET RETARDERA L'INSTRUCTION DE VOTRE DOSSIER DE PRESTATIONS IPRIAC

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 l'IPRIAC en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO, ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. 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.

JOINDRE LES COPIES DES DOCUMENTS MÉDICAUX FOURNIS SELON VOS PATHOLOGIES - À TITRE D'EXEMPLES

- COMPTE RENDU DE CONSULTATION SPÉCIALISÉE
- COMPTE RENDU OPÉRATOIRE ET D'HOSPITALISATION
- TRAITEMENTS EN COURS (joindre copie des ordonnances en cours)
- BILAN BIOLOGIQUE (NFS, TRANSAMINASES - GAMMA GT, TRIGLYCÉRIDES)
- COMPTE RENDU D'ANATOMO PATHOLOGIE
- IMAGERIE MÉDICALE (COMPTE RENDU IRM, SCANNER, RADIOSCOPIE, IRM, ÉCHOGRAPHIE, SCINTIGRAPHIE...)
- ENDOSCOPIE COLOSCOPIQUE, GASTRIQUE OU 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 EN LIEN AVEC LES PATHOLOGIES INDIQUÉES PAGE 3

Afin de compléter l'instruction de votre dossier médical, nous vous invitons à nous communiquer en parallèle de votre dossier prestations, la copie de votre notification d'invalidité catégorie 2 établi par le médecin de la Sécurité Sociale et si possible la copie de votre rapport médical d'attribution de l'invalidité catégorie 2 établi par le médecin de la Sécurité Sociale.

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

PARTIE INDISPENSABLE

DATER ET SIGNER IMPÉRATIVEMENT

À RENSEIGNER PAR LE MÉDECIN

Nom et prénom :

Médecin traitant

Médecin spécialiste

Médecin du travail

(voir ANNEXE 1 à remplir obligatoirement)

Docteur :

Adresse :

.....

Ville :

usuel :

1. Diagnostic détaillé de l'affection ayant entraîné l'inaptitude définitive à la conduite

.....

– Date de diagnostic

– Date d'apparition de l'état invalidant

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 2).

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

.....

– Date de diagnostic :

– Date d'apparition de l'état invalidant :

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 2).

3. ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

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

– Date de l'accident

– Date de la maladie professionnelle

■ Photocopies des documents médicaux joints (voir page 2).

Date :

Signature et cachet du médecin :

DOSSIER MÉDICAL

ANNEXE 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

À TRANSMETTRE AU SERVICE CONTRÔLE MÉDICAL AVEC LE DOSSIER MÉDICAL

Identification du demandeur de la prestation

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | | N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caractéristiques du poste de travail et exigences particulières

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

Moyens de manutention 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 _____

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

Signature et cachet :

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 l'IPRIAC en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO, ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. 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.

DOSSIER MÉDICAL

ANNEXE 2 - À REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR

Nom et prénom : _____

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

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

1^{ère} visite : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2^e visite : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ou

Reconnaissance d'inaptitude définitive de 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | et l'emploi : _____

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

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

Reconnaissance accident de travail ou maladie professionnelle

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

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

Certifié exact

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

Personne à contacter : _____

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 l'IPRIAC en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO, ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. 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.

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoire)