

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

En cas de besoin, contactez nos conseillers pour être accompagné dans la complétude du dossier

▶ N°Cristal 0969 36 22 22

APPEL NON SURTAXE
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h
sans interruption

Date de départ souhaitée en congé de fin d'activité : (date obligatoire) :
(La date de départ souhaitée intervient systématiquement le 1^{er} du mois)

VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL

Raison sociale	
N° SIRET	
Adresse	
	Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>

VOTRE IDENTITÉ

Prénom	Nom de naissance	Nom marital
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	
	E-mail : <input type="text"/>	Tél. portable : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

N° de Sécurité sociale :

Date de naissance :
 jour mois année

Catégorie professionnelle (cocher la case utile)

- Non Cadre
 Cadre

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire, sont destinées à KLESIA en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier. Aucune des données concernant vos salariés ne sera transmise à des tiers autres que les entités de KLESIA et ses délégataires de gestion. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions de la loi précitée. Vos salariés disposent en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, ils peuvent adresser leur demande à : KLESIA - Service Info CNIL - Rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Toute demande incomplète ne pourra être traitée.

- La demande de prise en charge FONGECFA
- L'attestation ci-jointe à compléter par votre employeur
- Vos certificats de travail ou à défaut le premier et le dernier bulletin de salaire de chaque emploi occupé (En cas de changement d'emploi au sein de la même entreprise, le bulletin de salaire correspondant)
- La reconstitution de carrière ci-jointe
- Votre permis de conduire en cours de validité
- Les bulletins de salaires des 12 derniers mois civils travaillés à temps complet précédant la date de dépôt du dossier
- Le relevé de carrière (relevé de compte individuel) de la Sécurité Sociale mentionnant le nombre de trimestres de cotisations (à demander à votre centre CARSAT)
- L'attestation de droit à l'assurance Maladie
- La demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse : Compléter uniquement la partie «Personne demandant l'adhésion» et signer le document.
- Votre carte d'identité en cours de validité
- Votre relevé d'identité bancaire
- Votre dernier avis d'imposition
- La désignation de Bénéficiaire ci-jointe

JUSTIFICATIFS À JOINDRE SELON VOTRE SITUATION

- Les bordereaux de congés payés uniquement si vous êtes concerné par cette situation (vous rapprocher de votre employeur)
- La notification définitive d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident de travail uniquement si vous êtes concerné
- Le justificatif de la médecine du travail (uniquement en cas de reclassement), qui doit indiquer que votre reclassement est consécutif à un accident du travail intervenu dans l'exercice de votre métier de conducteur

RECONSTITUTION DE CARRIÈRE EN QUALITÉ DE :

- Conducteur de véhicule affecté, soit au transport de marchandises ou déménagement (véhicule de + de 3,5 tonnes de PTAC), soit transport interurbain de voyageurs.
- Convoyeur au sein d'un équipage dans un véhicule affecté au transport de fonds de valeurs.

TRÈS IMPORTANT : Joindre tous les certificats de travail ; à défaut, joindre le 1^{er} et le dernier bulletin de salaire pour chaque emploi occupé de chaque période renseignée.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Indiquer le nom et l'adresse des entreprises de transport public de marchandises/déménagement, de transport de fonds et valeurs ou de transport interurbain de voyageurs	Code NAF (APE)	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	Indiquer temps complet ou temps partiel
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 :	

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Indiquer le nom et l'adresse des entreprises de transport public de marchandises/déménagement, de transport de fonds et valeurs ou de transport interurbain de voyageurs	Code NAF (APE)	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	Indiquer temps complet ou temps partiel
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)

ATTESTATION

À REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR

Nous, soussignés, _____

SIRET _____ Code activité NAF/NACE (ou APE) _____

certifions employer M. _____

NOM

PRÉNOM

depuis le ____/____/____⁽¹⁾ à temps complet du ____/____/____ au ____/____/____

à temps partiel du ____/____/____ au ____/____/____

Nature du temps partiel : _____

dans le cadre d'un : C.D.I. C.D.D.

en qualité de _____ d'un véhicule de moins de 3,5 t de PTAC

plus de 3,5 de PTAC

DATE D'ENTRÉE	DATE DE SORTIE	RAISON SOCIALE ET ADRESSE	CODE ACTIVITÉ NAF OU APE	EMPLOI EXACT OCCUPÉ

¹ Dans l'hypothèse où cette attestation regrouperait des périodes d'activité effectuées dans plusieurs sociétés (appartenance à un même groupe, fusion-absorption, rachat d'entreprise, etc...), indiquer ci-dessous les raisons sociales et adresses de celles-ci ainsi que les périodes d'emploi et les fonctions précises occupées.

Dans le cas contraire, indiquer NEANT dans la colonne raison sociale.

Pour la retraite complémentaire, il cotise:

à la caisse ARRCO (non cadre, cadre TA) CARCEPT

autre : _____

(À PRÉCISER)

à la caisse AGIRC (cadre TB) : _____

(À PRÉCISER)

C.C.N appliquée : convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport

autre CCN _____

(À PRÉCISER)

Nous lui avons versé au cours des 12 mois civils précédant le * (date du dépôt de dossier) les salaires bruts suivants, soumis à cotisations :

* À compléter par le salarié

MOIS DE	SALAIRES BRUTS COTISÉS (ne pas indiquer les centimes)	SALAIRES COMPLÉMENTAIRES ¹	
		MONTANT	NATURE
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
TOTAL	A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	+ B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	= <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

¹ En cas de **baisse de la rémunération mensuelle** de base consécutive à un arrêt de travail pour motif médical ou à une période de congés payés réglés par une caisse, indiquer dans la colonne SALAIRES COMPLÉMENTAIRES le **montant de celle-ci** ainsi que le motif (maladie, accident du travail, congés payés). Le total des colonnes A et B doit correspondre à la rémunération normale du salarié durant la période de référence.

Nous certifions également avoir pris connaissance des dispositions prévues par l'accord du 11 mars 2014 rappelées ci-dessous :

« Toute cessation d'activité d'un salarié dans les conditions prévues au présent accord doit donner lieu, dans l'entreprise qui employait le bénéficiaire du CFA, à l'embauche d'un salarié cotisant au dispositif CFA, dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée à temps plein. Cette embauche doit intervenir dans les trois mois précédant ou suivant la date du départ effectif de l'entreprise du bénéficiaire du CFA ».

» A le

» Signature et cachet de l'entreprise :



» Veuillez nous indiquer le nom de la personne à contacter :

Téléphone :

Mail.....

Toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES BÉNÉFICIAIRES DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ
DÉPARTS À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2017

INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE DERNIER EMPLOYEUR

» Raison sociale :

» N° SIRET

» N° de contrat :

» Adresse :

» Code postal : » Ville :

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

■ N° Sécurité sociale : ■ Clé

■ Date d'entrée dans l'entreprise :

■ Nom : ■ Prénoms :

■ Nom de jeune fille : ■ Né(e) le : à

■ Adresse :

■ Code postal : ■ Ville :

■ Nombre d'enfants fiscalement à charge :

■ Situation familiale : Célibataire Veuf (ve) Divorcé(e) Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS

En l'absence d'une désignation particulière expresse dûment notifiée par vos soins à l'Institution, le capital décès est versé selon l'ordre de priorité suivant :

- votre conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou de fait ou le partenaire auquel vous êtes lié par un PACS.
- En cas de polygamie valable en droit en raison de votre nationalité ou du lieu de votre mariage, le capital est réparti par parts égales entre vos conjoints non divorcés, non séparés de corps judiciairement ou de fait.
- à défaut, votre concubin peut, sous conditions définies dans la notice d'information, être assimilé à votre conjoint ;
- à défaut, et par parts égales, vos enfants à charge tels que définis dans la notice d'information pour l'ouverture du droit à majoration du capital ;
- à défaut, et par parts égales, vos autres enfants, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales, vos ascendants ;
- à défaut, et par parts égales, vos héritiers.

La clause ci-dessus ne me convient pas et je préfère désigner le(s) personne(s) suivante(s) (voir conseils de rédaction au verso)

La part de capital réservée à l'enfant ou les majorations par enfant à charge supplémentaire sont exclues de la désignation. Ces éléments sont versées directement à l'enfant s'il est majeur et capable ou à son représentant légal s'il est mineur ou à son tuteur ou curateur s'il est majeur incapable.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente déclaration qui annule et remplace toute désignation antérieure.

À le

Signature du salarié (précédée de la mention manuscrite «lu et approuvé») :

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre CARCEPT-Prévoyance au 09 69 36 22 22

Ce document est à retourner à :

CARCEPT-Prévoyance - TSA 20202 - 69307 LYON Cedex 07

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et 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 de traitement de données à caractère personnel (CARCEPT-Prévoyance - 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris).

CARCEPT-Prévoyance s'engage à ne collecter que des données adéquates, pertinentes et strictement nécessaires à la finalité des traitements mis en œuvre. Les données sont collectées dans le cadre de la relation contractuelle avec votre employeur à des fins de passation, gestion, exécution du contrat d'assurance, de recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés, ainsi que du traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA. Les données sont également collectées à des fins de gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits, de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, ainsi qu'à des fins de lutte contre la fraude, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les destinataires des données à caractère personnel sont les seules personnes habilitées au sein de CARCEPT-Prévoyance pour les traiter. Les données pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA, ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, intermédiaires d'assurance, prestataires, délégués de gestion, partenaires et sous-traitants. Ces destinataires sont situés au sein de l'Union Européenne. Néanmoins, si un transfert de données est envisagé vers un pays n'ayant pas un niveau de protection adéquat, nous vous informerons des garanties mises en place conformément à la réglementation en vigueur.

Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant.

Pour exercer ces droits, merci d'effectuer votre demande auprès de notre Délégué à la protection des données : KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 Montreuil cedex ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr.



COMMENT RÉDIGER LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PARTICULIÈRE

- Vous devez faire une désignation particulière uniquement si la clause type prévue au contrat et reproduite au recto ne vous convient pas.
- La désignation doit être lisible, sans rature. Vos nom et prénom(s) ainsi que ceux du ou des bénéficiaire(s) doivent être écrits en majuscules.
- Vous pouvez également faire une désignation particulière par acte sous seing privé ou acte authentique.
Pour être valable, cette désignation doit être notifiée à CARCEPT-Prévoyance, à l'adresse indiquée au recto.
- Cette désignation se substitue à la clause type prévue au contrat ou à toute désignation antérieure dès lors qu'elle aura été dûment notifiée à CARCEPT-Prévoyance.
- Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment, sauf acceptation par le bénéficiaire. Dans ce cas, le bénéficiaire doit donner son accord pour que vous puissiez modifier votre désignation.
- En cas de changement de situation familiale, vous devez vous poser la question de savoir si la désignation que vous avez rédigée ne doit pas être modifiée. Dans ce cas, n'oubliez pas de notifier votre nouvelle désignation à CARCEPT-Prévoyance, à l'adresse indiquée au recto.
- Seule la dernière désignation notifiée à CARCEPT-Prévoyance sera prise en compte lors du décès.
- Afin que le capital soit versé dans les meilleurs délais, il est indispensable que le(s) bénéficiaire(s) soi(en)t clairement identifié(s) ou identifiable(s).

Pour cela, vous pouvez suivre les conseils suivants :

1. Désignation du conjoint

Vous pouvez désigner votre conjoint par sa qualité « Mon conjoint ». Dans ce cas, seul votre époux(se) qui a cette qualité au moment du décès sera bénéficiaire. Aussi, si vous avez conclu un PACS ou si vous vivez en concubinage, il est préférable de désigner votre partenaire ou votre concubin nommément.

Pour rappel, le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou de fait, ou le partenaire de PACS, sont bénéficiaires au premier rang dans la clause type de votre contrat. Il n'est donc pas nécessaire de remplir ce formulaire si votre souhait est de désigner votre conjoint ou partenaire.

2. Désignation des enfants

Contrairement à la désignation d'une autre personne, il est préférable de désigner vos enfants par leur qualité afin que le capital soit réparti entre tous vos enfants. En effet, une désignation nominative ne permettra pas de prendre en compte tous les enfants si une naissance est intervenue entre le moment où vous avez rédigé la désignation et le décès et que vous n'avez pas modifié votre désignation.

Dans ce cas, la formulation « Mes enfants, vivants ou représentés, par parts égales » convient tout à fait. Chaque enfant percevra la même part de capital. Le terme « représentés » signifie qu'en cas de prédécès de l'un de vos enfants, la part de capital qui lui était dévolue sera attribuée à ses descendants, le cas échéant (voir point 4 « La représentation d'un bénéficiaire décédé »). Si vous souhaitez que cette part soit répartie entre vos autres enfants, dans ce cas, la formulation « Mes enfants, par parts égales » est la plus adaptée. Vous pouvez également prévoir une répartition différente du capital entre vos enfants (voir point suivant « Désignation multiple »).

3. Désignation multiple

Si vous souhaitez désigner plusieurs bénéficiaires, vous devez préciser la répartition du capital entre eux. Pour cela, deux possibilités :

- Par ordre de priorité : « M. X, à défaut, Mme Y, à défaut M. Z ». Mme Y ne percevra le capital que si M. X est décédé au moment de votre décès et M. Z uniquement si M. X et Mme Y sont décédés au moment de votre décès.

- Par part de capital : « M. X pour 50 %, Mme Y pour 50 % » ou « M. X pour 60 %, Mme Y pour 30 % et M. Z pour 10 % ».

Dans ce cas, vous devez vérifier que la totalité des pourcentages est bien de 100.

Si aucun ordre de priorité ou aucune répartition n'est indiqué, le capital sera réparti par parts égales entre tous les bénéficiaires désignés et en cas de décès d'un ou plusieurs bénéficiaires, le capital sera réparti entre les bénéficiaires survivants, par parts égales.

4. La représentation d'un bénéficiaire décédé

En cas de prédécès du bénéficiaire désigné, la part de capital qui lui était destinée sera répartie par parts égales entre les autres bénéficiaires. À défaut d'autres bénéficiaires désignés, le capital sera attribué selon la clause type de votre contrat.

Si vous souhaitez que le capital soit versé à ses héritiers en cas de prédécès du bénéficiaire, vous pouvez le prévoir en précisant « M. X vivant ou représenté ».

5. Désignation d'une personne morale

Vous pouvez désigner une personne morale comme une association par exemple. Dans ce cas, veillez à ne mentionner que le nom de la personne morale et non celui du représentant de cette personne morale, auquel cas c'est la personne physique représentante de la personne morale qui recevra le capital, ce qui ne correspondrait pas à votre souhait.

BON À SAVOIR

L'ACCEPTATION DE LA DÉSIGNATION PAR LE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque vous établissez une désignation particulière, le bénéficiaire peut accepter cette désignation.

L'acceptation se fait par un avenant signé par vous-même, CARCEPT-Prévoyance et le bénéficiaire. Elle peut également se faire par acte sous seing privé ou acte authentique signé par vous-même et le bénéficiaire. Pour être opposable, elle doit être notifiée à CARCEPT-Prévoyance par écrit.

Dans ce cas, la désignation devient irrévocable et vous ne pourrez plus modifier votre désignation au profit d'un autre bénéficiaire, sauf accord préalable du bénéficiaire acceptant.

En conséquence, la discrétion et la confidentialité dans la rédaction et la conservation de la clause bénéficiaire sont conseillées.

À PARTIR DE
35,05 €
PAR MOIS¹

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DÉDIÉE AUX TRANSPORTEURS EN CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

Restez serein avec la complémentaire santé
mise en place pour vous par la commission sociale
du FONGECFA-Transport

UN TARIF AVANTAGEUX

négocié spécialement pour vous et votre famille

UNE PARTICIPATION FINANCIÈRE

de 25 € par mois si votre allocation mensuelle nette est inférieure à 2 250 €

1. Tarif mensuel pour l'année 2023 d'un allocataire CFA relevant du régime général, âgé de 57 ans et bénéficiant de la participation financière de 25 € soumise à condition de ressources pour la formule ECO. Tarifs Alsace Moselle sur demande.



Avec FONGECFA SANTÉ, vous bénéficiez des garanties et services adaptés à vos besoins, au meilleur tarif :

- **Un budget totalement maîtrisé** avec en plus 10 % de réduction pour votre conjoint et la gratuité à partir du 3^e enfant à charge
- **5 formules au choix** pour couvrir tous les postes de santé : hospitalisation, consultations médicales, médicaments, médecines douces, optique, dentaire...
- **Des garanties d'Assistance** incluses en cas de coup dur : aide à domicile, aide-ménagère, livraison de courses...
- **Une prise en charge immédiate**, sans délai de carence si vous étiez précédemment couvert par un contrat santé

POUR EN SAVOIR PLUS sur notre offre santé, appelez nos conseillers au

09 72 72 37 30

Appel non surtaxé, du lundi au vendredi de 9h à 18h

ou rendez-vous sur **carcept-prev.fr**

FONGECFA SANTÉ est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par le Fonds de Gestion du Congé de Fin d'Activité (FONGECFA-Transport), auprès de la Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev.

Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev, entreprise régie par le Code des assurances, société d'assurance mutuelle, immatriculée sous le n° SIREN 784 394 439 située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

FONGECFA-Transport, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 située 4, rue Georges Picquart - 75017 Paris