

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

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 | <input type="text"/> |
| N° SIRET | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| | 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 | <input type="text"/> | |
| | Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | |
| E-mail : | 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

Pensez-vous remplir les conditions vous permettant de bénéficier d'une retraite au titre du dispositif de départ anticipé à la retraite communément appelé « carrière longue » ? Oui* non

*Si oui, merci de nous joindre votre attestation CARSAT/CNAV de « CARRIÈRE LONGUE ».

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 AGECS
- 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 60 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
- L'attestation CARSAT ou CNAV de « Carrière longue » **si vous êtes dans cette situation**

ATTESTATION

À REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR

Nous, soussignés,

SIRET

Code activité NAF/NACE

certifions employer M. ou Mme (nom et prénom)

depuis le _____ à temps complet du _____ au _____

à temps partiel du _____ au _____

Nature du temps partiel :

dans le cadre d'un : CDI CDD

en qualité de _____ d'un véhicule de _____ moins de 9 places
 plus de 9 places

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.

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

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 certifions également avoir pris connaissance des dispositions prévues par l'accord :

Le départ d'un conducteur en CFA implique l'obligation pour l'entreprise d'embaucher un remplaçant, recruté dans un rayon de 50 km, soit dans le département, soit dans les départements limitrophes. Le temps de travail du nouvel embauché doit être égal à celui du bénéficiaire du CFA. La contrepartie peut prendre la forme, dans l'ordre de priorité :

- soit du passage à temps complet de plusieurs conducteurs « temps partiel »,
- soit d'une embauche sous contrat à durée indéterminée d'un jeune de moins de 30 ans,
- soit d'une embauche d'un chômeur sous contrat à durée indéterminée.

L'embauche ou transformation de contrat doit intervenir au plus tard dans les trois mois qui suivent le départ effectif du bénéficiaire. L'AGECFA-Voyageurs doit en être informée.

En cas de non-respect de cette obligation d'embauche, l'entreprise verse à l'AGECFA-Voyageurs une somme égale au montant de l'allocation perçue par le bénéficiaire du CFA pendant toute la durée du non-respect de l'obligation.

À

le

Signature et cachet de l'entreprise

OBLIGATOIRE

Veuillez nous indiquer le nom de la personne à contacter :

Téléphone :

Mail :

Toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites

RECONSTITUTION DE CARRIÈRE EN QUALITÉ DE :

- Conducteur de véhicule affecté, soit au transport interurbain de voyageurs, soit au transport de marchandises ou déménagement (véhicule de + de 3,5 tonnes de PTAC),
- 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)