

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					
N° SIRET					
Adresse					
	Code postal :				Ville :

VOTRE IDENTITÉ

Prénom	Nom de naissance	Nom marital

Adresse	Code postal :		Ville :
	E-mail :		
	Tél. portable :		

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.

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Date d'entrée dans l'entreprise :
jour mois année

Date de sortie de l'entreprise (éventuellement) :
jour mois année

Emploi¹ :

Coefficient¹ :

Groupe¹ :

Nombre d'heures de conduite mensuelles prévues au contrat :

1. Reportez-vous à votre dernier bulletin de salaire pour renseigner les champs ci-dessus.

☒ En activité <i>Pour bénéficier du CFA, vous devez toujours être en activité</i>	☐ contrat à durée indéterminée ☐ contrat à durée déterminée ☐ à temps complet ☐ à temps partiel : nombre d'heures effectuées chaque mois : _____ ☐ hormis votre emploi de conducteur(trice), avez-vous une autre activité, même réduite, salariée ou non ? ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle ? : _____
☐ En arrêt de travail	pour l'un des motifs suivants : ☐ maladie depuis le ☐ accident de travail depuis le ☐ invalidité depuis le ☐ autre (à préciser) _____ depuis le
☐ Reclassé suite à une inaptitude physique consécutive à un accident de travail	depuis le

ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE

Le formulaire « Demande d'adhésion à l'Assurance Volontaire Vieillesse », téléchargeable [ici](#), est à nous retourner dûment complété et signé.

Compléter uniquement la partie « Personne demandant l'adhésion » et signer le document.

COUVERTURE DÉCÈS

La Désignation de Bénéficiaire jointe au dossier est à retourner exclusivement à l'adresse :
CARCEPT-Prévoyance - TSA 20202 - 69307 LYON Cedex 07.

Pour plus d'informations sur cette couverture décès, nous vous invitons à consulter [la Notice d'Information garantie décès AGEFA](#)

Je soussigné(e) (NOM + PRÉNOM) _____
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Le
(DATE OBLIGATOIRE)

SIGNATURE :
(OBLIGATOIRE)

JUSTIFICATIFS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Toute demande incomplète ne pourra être traitée.

- La demande de prise en charge AGECA
- 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**



OFFRES SANTÉ RETRAITÉS

Carcept vous accompagne depuis vos premiers kilomètres et demeure présent pour vous et votre famille, pour tous les trajets à venir.

CARCEPT SANTÉ KLÉ

Une mutuelle santé pensée pour les retraités du transport et leurs proches.

- Une maison qui vous connaît
- Des garanties adaptées à vos nouveaux besoins
- Un accompagnement humain, fidèle à l'esprit Transport.

Ses avantages clés

- Une adhésion sans questionnaire médical
- Votre premier mois offert
- Un budget totalement maîtrisé
- 10 % de réduction pour votre conjoint
- 100 % Santé inclus : optique, dentaire et audioprothèse sans reste à charge

AGECFA – FONGECFA

Une mutuelle santé spécialement conçue pour les retraités du transport en Congé de Fin d'Activité (CFA) et leur famille.

- Une Mutuelle à tarif avantageux
- Aide sociale mensuelle sur vos cotisations
- Protection continue en toute sérénité

Ses avantages clés

- Aide sociale mensuelle
- Assistance incluse (aide-ménagère, livraison de courses...)
- Prise en charge immédiate
- 10 % de réduction pour votre conjoint
- Gratuité à partir du 3^e enfant à charge

DES SERVICES POUR VOUS ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN

- Réseau de soins
- Téléconsultation 24/7

- 2^e avis médical
- Assistance premium en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation



BESOIN D'UN CONSEIL ? PARLONS-EN ENSEMBLE !

Des conseillers dédiés qui vous accompagnent et vous conseillent en toute simplicité

09 72 72 37 30

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

Faites un devis, c'est gratuit !
rendez-vous sur notre site [Carcept-prev.fr](https://www.carcept-prev.fr)

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 :	
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 :	
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)