

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 :				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

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

Emploi* :

Coefficient *:

Groupe *:

Nombre d'heures de conduite mensuelles prévues au contrat :

* 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 FONGECFA](#)

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 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



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 (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)

* À compléter par le salarié

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.

« 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 ».

» **Signature et cachet de l'entreprise :**

Mail.....

CAR.068/19

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 :	
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)