CARCEPT PRÉVOYANCE

# FORMULAIRE DE **RÉCLAMATION**

Carcept Prev (groupe KLESIA) a mis en place un dispositif dédié pour garantir une gestion efficace et transparente de votre réclamation.
Nous nous engageons à :

- **Accuser réception** de votre réclamation dans un délai **maximum de dix jours ouvrables**, à compter de l'envoi de votre réclamation ;
- **Répondre à votre réclamation** dans un délai maximum de **deux mois**, à compter de l'envoi de votre réclamation conformément à la règlementation en vigueur ;
- Dans le cas où ce délai de deux mois ne peut être tenu, **vous tenir informé(e) du traitement de votre réclamation** et des circonstances particulières qui justifient l'allongement du délai.

**La règlementation en vigueur renforce le dispositif de traitement de la réclamation en faveur du réclamant et l'invite à formaliser son mécontentement par une demande écrite.**
**Nous vous invitons donc à renseigner et nous renvoyer le formulaire ci-dessous.**
*Pour une réclamation concernant un contrat santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre centre de gestion.*

CHAMPS OBLIGATOIRES POUR LE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION.

## SI VOUS ÊTES UN PARTICULIER

Votre réclamation concerne : ☐ Incapacité / Invalidité (PPLRECI) ☐ Décès / Capital décès (PPRECDC) ☐ Autre (IRC_P)
CFA (PPLRECICFA) IPRIAC (PPLRECIIAC)

Prénom : Nom de naissance : Nom marital :

N° de Sécurité sociale [1] : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Raison Sociale [2] : N° SIREN [2] :

1. Uniquement si vous êtes client CARCEPT Prévoyance
2. À compléter si vous bénéficiez d'un contrat d'assurance mis en place par votre employeur

.../...

CAR.153/26.2

PAPIER

## SI VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE

Merci de compléter les champs ci-dessous :

- Raison Sociale :
- N° SIREN :
- Référence client :
- N° de contrat :
- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Code postal :
- Ville :
- Téléphone :
- Email :

**Vous effectuez une réclamation pour votre entreprise, veuillez choisir le périmètre concerné :**

☐ Adhésion / contrat (EREADH_P) ☐ Compte / cotisation (ERECPT_P) ☐ Autre (ERE_P)

**Vous effectuez une réclamation pour le compte d'un de vos salariés, veuillez choisir le périmètre concerné et renseigner les champs ci-dessous :**

☐ Incapacité / Invalidité (EPLRECI) ☐ Décès / Capital décès (EPRECDC)

☐ CFA (EPLRECICFA) ☐ Autre (EIRC_P)

- Nom du salarié :
- Prénom du salarié :
- N° de Sécurité sociale du salarié [1] :

1. champ obligatoire

## NOUS VOUS INVITONS À RÉDIGER VOTRE RÉCLAMATION

Veuillez nous expliquer ci-dessous sur quel sujet porte votre réclamation.

Fait à :

Le :

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, notamment au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, les informations recueillies via ce formulaire sont destinées à Carcept Prévoyance en sa qualité de responsable de traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA ADP ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Les données personnelles vous concernant sont collectées et traitées afin de gérer votre réclamation, d'assurer le suivi de votre dossier, de vous apporter une réponse et de satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment en matière de suivi des réclamations. Vos données collectées dans le cadre de cette demande sont conservées pendant 5 ans à compter de leur clôture. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition ainsi que, dans les conditions prévues par la réglementation, d'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en contactant : info.cnil@klesia.fr ou KLESIA - Service INFO CNIL, CS 30027, 93108 Montreuil Cedex. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, nous vous invitons à consulter notre politique de protection des données personnelles sur notre site web carcept-prev.fr.