

# GARANTIE INVALIDITÉ RÉGIME CONVENTIONNEL

▶ N°Cristal 0969 36 22 22

APPEL NON SURTAXE

prestations de prévoyance

incapinval@klesia.fr

## ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale

Référence client <sup>1</sup>

Adresse

Code postal :      Ville :

## ASSURÉ *À renseigner par l'adhérent (en majuscules d'imprimerie)*

Prénom

Nom de naissance

Nom marital

Adresse

Code postal :      Ville :

E-mail :

Tél. portable :

N° d'assuré social :                      clé

Date de naissance :            
*jour mois année*

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

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

Catégorie professionnelle et nature de l'emploi de l'assuré (cocher les cases utiles)

Non Cadre

Cadre

<sup>1</sup> N° de SIRET ou N° client CARCEPT-Prévoyance

CARCEPT-Prévoyance - Service prestations de prévoyance - CS 30027  
93108 MONTREUIL CEDEX - www.carcept-prev.fr



carcept prev

GRUPE KLESIA





CARCEPT-Prévoyance

Références à rappeler :

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_

CARCEPT PREV  
SERVICE INCAPACITÉ-INVALIDITÉ  
CS 30027  
93108 MONTREUIL CEDEX

**COUPON-RÉPONSE - À nous retourner à l'adresse ci-dessus.**

Informations Assuré :

\_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale Assuré :

\_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_

## PIÈCES À JOINDRE

- Attestation sur l'honneur ci-jointe.
- Votre relevé d'identité bancaire.
- Demande de prise en charge complétée par l'employeur.
- Décomptes de la Sécurité sociale du dernier jour de travail à la date de mise en invalidité.
- Copie de la notification d'attribution la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente délivrée par la Sécurité sociale.
- Justificatifs des ressources depuis la date d'effet de la pension d'invalidité (bulletins de salaires, décomptes Pôle emploi...).
- Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant.
- Copie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité.
- Certificat médical précisant la date de survenance à adresser à notre médecin conseil.
- L'attestation salaire employeur dûment complétée depuis la date d'effet de l'invalidité

Je certifie avoir pris connaissance sur [www.carcept-prev.fr](http://www.carcept-prev.fr) (rubrique « mon espace personnel ») de mon compte de points d'activité et de la complétude des périodes de ma carrière. J'ai également noté qu'en cas de contestation, et si je n'ai pas atteint le seuil maximal de 3601 points, je joins au présent dossier les bulletins de salaires des périodes contestées.

# ATTESTATION

## SALAIRES

Je soussigné(e)

Nom de l'entreprise : .....

SIREN : .....

En qualité de : .....

Atteste l'exactitude des salaires indiqués dans le tableau ci-dessous pour :

Salarié : .....

NIR : .....

PÉRIODE PAR MOIS CIVIL	SALAIRE MENSUEL NET PERÇU*

\* Hors indemnités de licenciement et solde de congés payés

Je m'engage à signaler tout changement concernant cette déclaration.

J'ai pris connaissance des articles L 377-1 du Code de la Sécurité sociale et 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date

Signature :

Article L 377-1 – Code de la Sécurité sociale

Est passible d'une amende de 3 750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

Article 441-1 – Code pénal

Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.



**carcept prev**

**GRUPE KLESIA**



carcept prev

GRUPE KLESIA

## CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL (À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

à retourner à l'adresse suivante :  
KLESIA – CARCEPT PRÉVOYANCE  
A l'attention du Médecin Conseil  
Prestations INCAPACITE / INVALIDITE  
CS 30027  
93108 MONTREUIL CEDEX

### Objet : Mise en invalidité

Prénom :

Nom :

Numéro de Sécurité sociale :  Clé

Date de la pension d'invalidité :

Catégorie 1  Catégorie 2  Catégorie 3

### Cette invalidité :

est en lien avec un arrêt de travail.

Date de l'arrêt de travail initial dont la pathologie a entraîné l'invalidité :

est en lien avec une pathologie qui n'a pas généré d'arrêt de travail :

Date de la pathologie :

n'est en lien avec aucun arrêt de travail précédent

Je soussigné (e), Docteur ..... certifie l'exactitude des informations ci-dessus énoncées.

FAIT À :

LE

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier 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 du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK) ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires et délégataires de gestion. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr) ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.