

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

VOTRE IDENTITÉ

■ Nom de naissance : Prénom :

■ Nom du mari (s'il y a lieu) : Date de naissance :

■ Adresse :

■ Code postal : Ville :

■ Téléphone (conseillé) : E-mail (conseillé) :

■ N° Sécurité sociale Clé

célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) veuf(ve) vie maritale

IDENTITÉ DU CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

■ Nom de naissance : Prénom :

□ ■ Date de naissance : Date du décès (éventuel) :

□ ■ Activité :

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.

1 - RECONSTITUTION DE CARRIÈRE

■ Afin de nous permettre de valider les années d'activité salariée exigées, indiquez sur l'imprimé RECONSTITUTION DE CARRIÈRE vos périodes d'emploi **telles que définies sur la 1^{ère} page de la notice explicative.**

2 - SITUATION ACTUELLE (à remplir par le demandeur)

- en activité 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 à la suite d'une inaptitude physique consécutive à un accident de travail depuis le

3 - DATE PRÉVISIONNELLE DE MON DÉPART EN CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ (à remplir par le demandeur)

JE DEMANDE À BÉNÉFICIER DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ À EFFET DU (DATE OBLIGATOIRE)

4 - ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE

- Le départ en congé de fin d'activité met fin au contrat de travail qui lie le conducteur à son employeur.
- Pour permettre au bénéficiaire du congé de fin d'activité de continuer à acquérir des trimestres de retraite, le FONGECFA-Transport assume les formalités d'adhésion à l'**assurance volontaire vieillesse**.
- **Les cotisations sont entièrement à la charge de l'Etat et du régime.**
- Aussi doit-il donner une subrogation pour que le FONGECFA-Transport puisse procéder, en son nom, à cette adhésion.

5 - COUVERTURE DÉCÈS

- Vous bénéficierez durant toute la période de versement de votre allocation d'une garantie décès (capital) mise en place par le régime auprès de la CARCEPT-Prévoyance. La cotisation à cette garantie, répartie entre le fonds social du FONGECFA-Transport, votre employeur et vous-même, sera payée une fois pour toutes lors de votre passage en CFA.

6 - AUTORISATION DE CONSULTATION DES FICHIERS CARCEPT, CARCEPT-PRÉVOYANCE, IPRIAC ET DEMANDE DE SUBROGATION (à remplir par le demandeur)

- J'autorise⁽¹⁾ le FONGECFA-Transport à consulter les informations me concernant contenues dans les fichiers gérés.
- JE DONNE POUVOIR AU FONGECFA-TRANSPORT POUR EFFECTUER À MA PLACE TOUTES LES DÉMARCHES NÉCESSAIRES À MON AFFILIATION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE.
- Je soussigné(e), certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus.

Date

Signature (obligatoire)

JUSTIFICATION À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Photocopies de tous les certificats de travail ou, à défaut, de tous les bulletins de salaire.
- Photocopie du dernier bordereau de paiement des indemnités journalières (I.J.) par la Sécurité sociale.
- Photocopie du dernier bordereau de paiement des I.J. par la Sécurité sociale ou de la rente accident de travail.
- Photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité et du dernier avis de règlement.
- 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'imprimé demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse **signé uniquement (ne pas dater), remplir la partie demandeur.**
- Déclaration de bénéficiaire.
- Relevé d'identité bancaire.
- Photocopie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité.
- Photocopie de l'attestation délivrée par votre centre de Sécurité sociale jointe à votre carte vitale.
- Photocopies de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- Photocopie du relevé de carrière (relevé de compte individuel) de la Sécurité sociale mentionnant le nombre de trimestres de cotisations (à demander à votre centre CARSAT).
- Attestation de salaire ci-jointe, établie par votre employeur, des 12 derniers mois précédents la demande.
- Photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois civils travaillés à temps complet précédant la demande.
- Photocopie recto-verso de votre permis de conduire.
- Reconstitution de carrière **complétée, datée et signée.**

La notice explicative ci-jointe a pour objet de vous aider à remplir votre demande de prise en charge.



4 rue Georges Picquart
75017 Paris
www.carcept-prev.fr

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901
174 rue de Charonne - 75126 Paris cedex 11



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.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Durée Année Mois	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	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	Préciser la nature de votre emploi : temps complet ou temps partiel	Code NAF (APE)
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)

TRÈS IMPORTANT :
Joindre tous les certificats de travail ; à défaut, tous les bulletins de salaire justifiant toutes les périodes décrites ci-dessus.

ATTESTATION

À REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR

Nous, soussignés, _____

Code activité NAF/NACE (ou APE)
certifions employer M. _____

NOM

PRÉNOM

depuis le (1) à temps complet du au

à temps partiel du au

motif : _____

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

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.

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 lui avons versé au cours des 12 mois civils précédant le (date de dépôt de la demande de dossier) les salaires bruts suivants, soumis à cotisations :

MOIS DE	SALAIRES RÉELS (ne pas indiquer les centimes)	SALAIRES COMPLÉMENTAIRES ¹	
		MONTANT	MOTIF
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
	<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"/> €	
TOTAL	A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	B <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"/> €

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.

Nous certifions également avoir pris connaissance des dispositions prévues par l'accord du 11 mars 2014 rappelées ci-dessous :

« 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 ».

» A le

» Signature et cachet de l'entreprise :

OBLIGATOIRE

» Veuillez nous indiquer le nom de la personne à contacter :

Téléphone :

Toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites.

COMMENT RÉDIGER LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PARTICULIÈRE

- Vous devez faire une désignation particulière uniquement si la clause type prévue au contrat et reproduite au recto ne vous convient pas.
- La désignation doit être lisible, sans rature. Vos nom et prénom(s) ainsi que ceux du ou des bénéficiaire(s) doivent être écrits en majuscules.
- Vous pouvez également faire une désignation particulière par acte sous seing privé ou acte authentique.
Pour être valable, cette désignation doit être notifiée à CARCEPT-Prévoyance, à l'adresse indiquée au recto.
- Cette désignation se substitue à la clause type prévue au contrat ou à toute désignation antérieure dès lors qu'elle aura été dûment notifiée à CARCEPT-Prévoyance.
- Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment, sauf acceptation par le bénéficiaire. Dans ce cas, le bénéficiaire doit donner son accord pour que vous puissiez modifier votre désignation.
- En cas de changement de situation familiale, vous devez vous poser la question de savoir si la désignation que vous avez rédigée ne doit pas être modifiée. Dans ce cas, n'oubliez pas de notifier votre nouvelle désignation à CARCEPT-Prévoyance, à l'adresse indiquée au recto.
- Seule la dernière désignation notifiée à CARCEPT-Prévoyance sera prise en compte lors du décès.
- Afin que le capital soit versé dans les meilleurs délais, il est indispensable que le(s) bénéficiaire(s) soi(en)t clairement identifié(s) ou identifiable(s).

Pour cela, vous pouvez suivre les conseils suivants :

1. Désignation du conjoint

Vous pouvez désigner votre conjoint par sa qualité « Mon conjoint ».

Dans ce cas, seul votre époux(se) qui a cette qualité au moment du décès sera bénéficiaire. Aussi, si vous avez conclu un PACS ou si vous vivez en concubinage, il est préférable de désigner votre partenaire ou votre concubin nommément.

Pour rappel, le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou de fait, ou le partenaire de PACS, sont bénéficiaires au premier rang dans la clause type de votre contrat. Il n'est donc pas nécessaire de remplir ce formulaire si votre souhait est de désigner votre conjoint ou partenaire.

2. Désignation des enfants

Contrairement à la désignation d'une autre personne, il est préférable de désigner vos enfants par leur qualité afin que le capital soit réparti entre tous vos enfants. En effet, une désignation nominative ne permettra pas de prendre en compte tous les enfants si une naissance est intervenue entre le moment où vous avez rédigé la désignation et le décès et que vous n'avez pas modifié votre désignation.

Dans ce cas, la formulation « Mes enfants, vivants ou représentés, par parts égales » convient tout à fait. Chaque enfant percevra la même part de capital. Le terme « représentés » signifie qu'en cas de prédécès de l'un de vos enfants, la part de capital qui lui était dévolue sera attribuée à ses descendants, le cas échéant (voir point 4 « La représentation d'un bénéficiaire décédé »). Si vous souhaitez que cette part soit répartie entre vos autres enfants, dans ce cas, la formulation « Mes enfants, par parts égales » est la plus adaptée. Vous pouvez également prévoir une répartition différente du capital entre vos enfants (voir point suivant « Désignation multiple »).

3. Désignation multiple

Si vous souhaitez désigner plusieurs bénéficiaires, vous devez préciser la répartition du capital entre eux. Pour cela, deux possibilités :

■ Par ordre de priorité : « M. X, à défaut, Mme Y, à défaut M. Z ». Mme Y ne percevra le capital que si M. X est décédé au moment de votre décès et M. Z uniquement si M. X et Mme Y sont décédés au moment de votre décès.

■ Par part de capital : « M. X pour 50 %, Mme Y pour 50 % » ou « M. X pour 60 %, Mme Y pour 30 % et M. Z pour 10 % ». Dans ce cas, vous devez vérifier que la totalité des pourcentages est bien de 100.

Si aucun ordre de priorité ou aucune répartition n'est indiqué, le capital sera réparti par parts égales entre tous les bénéficiaires désignés et en cas de décès d'un ou plusieurs bénéficiaires, le capital sera réparti entre les bénéficiaires survivants, par parts égales.

4. La représentation d'un bénéficiaire décédé

En cas de prédécès du bénéficiaire désigné, la part de capital qui lui était destinée sera répartie par parts égales entre les autres bénéficiaires. À défaut d'autres bénéficiaires désignés, le capital sera attribué selon la clause type de votre contrat.

Si vous souhaitez que le capital soit versé à ses héritiers en cas de prédécès du bénéficiaire, vous pouvez le prévoir en précisant « M. X vivant ou représenté ».

5. Désignation d'une personne morale

Vous pouvez désigner une personne morale comme une association par exemple. Dans ce cas, veillez à ne mentionner que le nom de la personne morale et non celui du représentant de cette personne morale, auquel cas c'est la personne physique représentante de la personne morale qui recevra le capital, ce qui ne correspondrait pas à votre souhait.

BON À SAVOIR

L'ACCEPTATION DE LA DÉSIGNATION PAR LE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque vous établissez une désignation particulière, le bénéficiaire peut accepter cette désignation.

L'acceptation se fait par un avenant signé par vous-même, CARCEPT-Prévoyance et le bénéficiaire. Elle peut également se faire par acte sous seing privé ou acte authentique signé par vous-même et le bénéficiaire. Pour être opposable, elle doit être notifiée à CARCEPT-Prévoyance par écrit.

Dans ce cas, la désignation devient irrévocable et vous ne pourrez plus modifier votre désignation au profit d'un autre bénéficiaire, sauf accord préalable du bénéficiaire acceptant.

En conséquence, la discrétion et la confidentialité dans la rédaction et la conservation de la clause bénéficiaire sont conseillées.

À PARTIR DE
32,46 €
PAR MOIS¹

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DÉDIÉE AUX TRANSPORTEURS EN CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

Restez serein avec la complémentaire santé
mise en place pour vous par la commission sociale
du FONGECFA-Transport

UN TARIF AVANTAGEUX

négocié spécialement pour vous et votre famille

UNE PARTICIPATION FINANCIÈRE

de 25 € par mois si votre allocation mensuelle nette est inférieure à 2 250 €

1. Tarif mensuel pour l'année 2022 d'un allocataire CFA relevant du régime général, âgé de 57 ans et bénéficiant de la participation financière de 25 € soumise à condition de ressources pour la formule ECO. Tarifs Alsace Moselle sur demande.



Avec FONGECFA SANTÉ, vous bénéficiez des garanties et services adaptés à vos besoins, au meilleur tarif :

- **Un budget totalement maîtrisé** avec en plus 10 % de réduction pour votre conjoint et la gratuité à partir du 3^e enfant à charge
- **5 formules au choix** pour couvrir tous les postes de santé : hospitalisation, consultations médicales, médicaments, médecines douces, optique, dentaire...
- **Des garanties d'Assistance** incluses en cas de coup dur : aide à domicile, aide-ménagère, livraison de courses...
- **Une prise en charge immédiate**, sans délai de carence si vous étiez précédemment couvert par un contrat santé

POUR EN SAVOIR PLUS sur notre offre santé, appelez nos conseillers au

09 72 72 37 30

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

ou rendez-vous sur **carcept-prev.fr**

FONGECFA SANTÉ est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par le Fonds de Gestion du Congé de Fin d'Activité (FONGECFA-Transport), auprès de la Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev.

Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev, entreprise régie par le Code des assurances, société d'assurance mutuelle, immatriculée sous le n° SIREN 784 394 439 située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

FONGECFA-Transport, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 située 4, rue Georges Picquart - 75017 Paris