GARANTIE INVALIDITÉ
RÉGIME CONVENTIONNEL

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

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale	
N° SIRET	
Adresse	Code postal : Ville :

ASSURÉ *à renseigner par l'entreprise (en majuscules d'imprimerie)*

Prénom	Nom de naissance	Nom marital

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

N° de Sécurité sociale :

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 *(cocher la case utile)*

- ☐ Non Cadre
- ☐ Cadre

NUM.215/22-2 TYPEDOC : PPDRIVCO

Carcept Prev - TSA 20202 - 69307 Lyon Cedex 07
www.carcept-prev.fr

carcept prev
ASSUREUR D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL *(à renseigner par l'entreprise)*

Cause de l'arrêt de travail *Cocher la/les case(s) utile(s)*

☐ maladie ☐ maladie professionnelle

☐ accident vie privée ☐ accident du trajet ☐ accident du travail ☐ non causé par un tiers ☐ causé par un tiers

Date du 1er jour d'arrêt ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Date d'effet de la pension d'invalidité ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

En l'absence d'arrêt de travail précédant l'invalidité, joindre un certificat médical de votre médecin traitant précisant la date de survenance à laquelle est rattachée l'invalidité (certificat médical téléchargeable sur notre site https://www.carcept-prev.fr/demander-ma-rente-invalidite)

S'agit-il d'une rechute d'un arrêt de travail antérieur ? *(cocher la case utile)* ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, joindre une attestation de la Sécurité sociale précisant la date d'arrêt initiale (fait générateur) à laquelle est rattaché cet arrêt.

SALAIRES DE L'ASSURÉ *(à renseigner par l'entreprise)*

Salaires bruts soumis aux cotisations sociales (hors frais professionnels), limités à trois fois le plafond de la Sécurité sociale, que l'assuré a ou aurait[1] perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ayant entrainé l'invalidité ou la date de reconnaissance de l'invalidité (en cas d'absence d'arrêt de travail avant l'invalidité).

€

1 Lorsque l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à 12 mois lors de la survenance du sinistre, le salaire de référence servant de base de calcul de la prestation est égal au salaire d'embauche annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limité à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de suspension du contrat de travail suite à un arrêt de travail maladie ou AT/MP, ou un congé maternité, paternité, il y a lieu de reconstituer le salaire.

Pas de reconstitution de salaire pour tout autre motif que ceux énoncés ci-dessus.

L'entreprise certifie par la présente déclaration et atteste que l'assuré, M.

appartenait à la catégorie de personnel visée par les dispositions du contrat souscrit auprès de la CARCEPT-Prévoyance et figurait sur ses contrôles à la date de l'événement mettant en cause ces garanties.

Fait à : Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Pour tout renseignement, s'adresser à :

M./Mme

Tél.

E-mail

Signature et Cachet de l'entreprise *(obligatoire)*

carcept prev
ASSUREUR D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

ATTESTATION SUR L'HONNEUR *(à renseigner sur l'assuré)*

Je soussigné(e) : Prénom : Nom :

N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐

Adresse si modifiée :

Atteste sur l'honneur depuis ma mise en invalidité en date du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Être présent dans les effectifs de mon entreprise du** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **au** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
☐ **avec rémunération** ☐ **sans rémunération**

☐ **Ne pas avoir repris d'activité rémunérée, ne pas avoir perçu de prestations du Pôle emploi, ni de tout autre organisme**

☐ **Avoir repris une activité rémunérée dans une autre entreprise à compter du :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Avoir perçu des prestations du pôle emploi à compter du :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Avoir perçu des prestations d'un autre organisme à compter du :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Avoir perçu une rente au titre des accidents du travail à compter du :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ **Avoir pris ma retraite CPAM à compter du :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s) à votre situation et nous joindre les éventuels justificatifs mentionnés dans le coupon-réponse ci-joint.

Je m'engage à l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, ainsi qu'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 ***(obligatoire)*** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Signature ***(obligatoire)***

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 emprisonnements et de 45 000 euros d'amende.

COUPON-RÉPONSE

Nom et prénom de l'assuré :

_____

N° de Sécurité sociale de l'assuré :

À nous retourner via notre formulaire de contact

@ www.carcept-prev.fr
Rubrique : Contact & Réponse KLE

Ou par courrier à l'adresse ci-dessous

CARCEPT PREV
TSA 20202
69307 Lyon Cedex 07

Veillez à nous retourner votre dossier complet afin qu'il soit traité dans les meilleurs délais.

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE DEMANDE

- Demande de prise en charge complétée par l'entreprise.
- Copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente délivrée par la Sécurité sociale.
- Attestation récapitulative des indemnités journalières versées par la sécurité sociale pour l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité.
- En l'absence d'arrêt de travail précédant l'invalidité, un certificat médical précisant la date de survenance à adresser à notre médecin conseil (formulaire téléchargeable sur notre site https://www.carcept-prev.fr/demander-ma-rente-invalidite).
- Attestation sur l'honneur ci-jointe.
- Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré.
- Copie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité.
- Relevé d'identité bancaire.
- Décomptes de paiement de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

PIÈCES À JOINDRE SELON LA SITUATION DE L'ASSURÉ

- Justificatifs des ressources depuis la date d'effet de l'invalidité :

Si l'assuré est en activité dans la même entreprise ou dans une autre entreprise	❯ Attestation salaires employeur ci-jointe dûment complétée jusqu'à la rupture du contrat de travail
Si l'assuré est bénéficiaire du Pôle Emploi	❯ Notification pôle emploi d'ouverture des droits au titre de l'aide au retour à l'emploi (ARE) ❯ Les décomptes de paiement de pôle emploi

☐ Je certifie avoir pris connaissance sur www.carcept-prev.fr (rubrique « mon espace client Particulier ») 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.

carcept prev
ASSUREUR D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

ATTESTATION SALAIRES *(à renseigner par l'entreprise)*

Je soussigné(e) : Prénom : Nom :

Nom de l'entreprise :

SIREN :

En qualité de :

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

Salarié :

N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

PÉRIODE PAR MOIS CIVIL À COMPTER DE LA DATE D'EFFET DE L'INVALIDITÉ	SALAIRE MENSUEL NET * AVANT PRÉLÈVEMENT PASRAU
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	
Du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	

* Hors indemnités de licenciement et solde de congés payés

Par exemple: si l'assuré est en invalidité au 01/05/2021, renseigner les salaires par mois civils à compter du mois de mai 2021.

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 et cachet de l'entreprise :

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.