



PREVOYANCE
DEMANDE DE PRESTATION

**DECES OU INVALIDITE
PERMANENTE ET
ABSOLUE**

A retourner dûment complété à :
prevoyance@carcoehj.fr
ou à l'adresse suivante :
CARCO – Service Prévoyance– 15 avenue de l’Opéra 75001 PARIS

Type de prestation à servir : Décès Invalidité permanente et absolue
Date du sinistre :/...../.....
Cause du sinistre : Mort naturelle Accident du travail / Maladie professionnelle
 Accident de la circulation Suicide Autre :

A remplir par le bénéficiaire ou l'employé

IDENTITE DE L'EMPLOYEUR
N° d'adhérent : Tél :
Raison sociale :

IDENTIFICATION DE L'AFFILIE
Nom de naissance : Nom marital :
Prénom(s) :
Né(e) le : A :
N° de sécurité sociale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél : Mail :
Situation familiale : Marié(e) Célibataire Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf /Veuve Union Libre
Nombre d'enfants à charge :
Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
Code Catégorie Professionnelle Convention Collective : Coefficient Classification :

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, et m'engage à faire connaître à la CARCO tous les changements pouvant modifier ma situation actuelle. A défaut, je serais amené à rembourser à cet organisme les sommes versées indûment.

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article L.441-7 du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal.

Fait à Le

Signature et nom de la personne ayant constitué le dossier (*)
() Si le demandeur est une tierce personne joindre un justificatif d'identité (Carte Nationale d'identité ou passeport en cours de validité)*

A remplir par l'employeur

RELEVÉ DE SALAIRES	Mois	Mois	Mois
Salaire brut perçu au cours du trimestre précédant l'événement ou l'arrêt de travail, si celui fait suite à une absence pour maladie (hors primes, gratifications, compléments de salaire)			
Salaire net perçu au cours du trimestre précédant l'événement, ou l'arrêt de travail si celui fait suite à une absence pour maladie			
	12 derniers mois		
Total brut des primes exceptionnelles, gratifications, compléments de salaire perçus les 12 mois précédant l'événement ou l'arrêt de travail si celui fait suite à une absence pour maladie			

L'employeur certifie que ce relevé est conforme aux livres de paye et que les cotisations correspondantes ont bien été calculées et versées sur la base des salaires mentionnés.

Fait à..... Le

--	--	--	--	--	--	--	--

Pour l'étude (signature et cachet)

<p>PIECES A JOINDRE</p> <p>DECES</p> <p>Concernant l'affilié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Copie des bulletins de paie des trois derniers mois avant l'évènement</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat médical précisant la cause du décès</p> <p><input type="checkbox"/> Copie du Livret de famille de l'assuré</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de la carte nationale d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Original de l'acte de décès</p> <p>Concernant les bénéficiaires / contacts</p> <p><input type="checkbox"/> RIB (au nom de l'enfant le cas échéant)</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de la carte nationale d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de l'attestation carte Vitale</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat d'hérédité</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation dévolutive successorale</p> <p><input type="checkbox"/> Toute pièce officielle justifiant de la qualité de bénéficiaire</p> <p>Concernant les enfants majeurs à charge</p> <p><input type="checkbox"/> Un certificat de scolarité daté de moins d'un mois délivré par un établissement agréé.</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de tout document attestant de la mise en invalidité ou reconnaissance handicap (notification allocation aux adultes handicapés, allocation personnalisée d'autonomie)</p> <p>INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE</p> <p><input type="checkbox"/> Copie des bulletins de paie des trois derniers mois avant l'évènement</p> <p><input type="checkbox"/> Copie du classement en 3ème catégorie de la sécurité sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de l'Attribution de la majoration tierce personne de la sécurité sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Copie du Livret de famille de l'assuré</p> <p><input type="checkbox"/> RIB</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de la carte nationale d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Copie de l'attestation carte Vitale</p>
--

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personne présentant un risque de fraude.

Les données personnelles enregistrées à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique en vue de la liquidation de vos garanties CARCO et sont nécessaires à l'instruction de votre dossier. La Loi Informatiques et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur vos données. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à :

CARCO – Service Conformité – 15 avenue de l'Opéra 75001 PARIS.

La CARCO est une Institution de Prévoyance régie par le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 784 394 777 et dont le siège social est situé 15 avenue de l'Opéra 75001 PARIS