



PREVOYANCE
DEMANDE DE PRESTATION

INVALIDITE

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

A remplir par l'employeur

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 :
 Code Catégorie Professionnelle Convention Collective : Coefficient Classification :

<u>RELEVÉ DE SALAIRES</u>	BRUTS	NETS
Salaire Mensuel qui sera maintenu si en activité durant la période d'invalidité		
Salaires + ancienneté du trimestre précédant l'Arrêt maladie initial (hors primes)		
Total primes, compléments versés durant les 12 mois précédant l'arrêt maladie initial		

PIECES A JOINDRE

- Formulaire de demande de prestations Invalidité
- Titre de pension invalidité et montant attribué
- Relevé d'Identité Bancaire
- Trois derniers bulletins précédents l'événement et Bulletin de salaire du mois de l'événement (sera considéré comme événement si l'invalidité en fait suite)
- Copie de l'Attestation Carte vitale de l'assuré
- Lettre de rupture de contrat de travail, Solde de tout compte, Certificat de travail le cas échéant
- Attestation de paiement de l'invalidité de la Sécurité sociale
- Copie de la carte d'identité
- Copie du livret de famille

Fait à..... Le

Pour l'étude (signature et cachet)

ARRET DE TRAVAIL

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité :

Date de la mise en invalidité par le régime de base :

Invalidité

1^{ère} catégorie 2^e catégorie 3^e catégorie

Incapacité professionnelle (l'incapacité professionnelle avec un taux inférieur à 30% n'ouvre pas droit à prestation)

Comprise entre 33% et 66% Supérieure ou égale à 66%

Motif de l'arrêt de travail

Maladie Accident

Percevez-vous des revenus ou allocations en provenance d'autres employeurs ou organismes sociaux?

Oui Non

RECOURS CONTRE TIERS

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident : a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

Si oui, indiquez le nom et adresse du tiers et sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connu) :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître tous les changements pouvant modifier ma situation (reprise ou cessation d'activité, montant des ressources, changement d'adresse.

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

Fait à..... Le

Nom et Signature de l'employé (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de contrat peuvent être utilisée 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.