

## DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

### Incapacité de travail - Invalidité

**Adresse de correspondance**  
**Service Prestations**  
**Incapacité - Invalidité**  
65 boulevard Vivier Merle  
69482 Lyon Cedex 03  
T 01 71 39 15 15  
Lundi au vendredi 9 h - 18 h  
klesia.fr

Entreprise (raison sociale) : \_\_\_\_\_  
Adresse : n° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° d'entreprise<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ N° Siret : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone entreprise ou comptable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom :  M.  M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_  
Adresse : n° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° de Séc. soc. ou d'un régime d'assurance obligatoire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
CDI entré(e) le : \_\_\_\_\_  
CDD du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Est toujours présent(e) :  OUI  NON  
Date de rupture du contrat de travail : \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_  
Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ Portabilité :  OUI  NON  
 Maladie  Accident de travail  Accident de trajet  Accident de la vie privée<sup>2</sup>  
 Maternité  Cure thermale  Hospitalisation (joindre le bulletin d'hospitalisation)  
Date de reprise d'activité : \_\_\_\_\_ Mi-temps thérapeutique :  OUI  NON

Qualification à la date de l'arrêt de travail<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_  
 Non cadre  Assimilé cadre  Cadre  Cadre supérieur  autre : \_\_\_\_\_  
Coefficient : \_\_\_\_\_ depuis le : \_\_\_\_\_

| <b>ATTESTATION DE SALAIRES</b>   |   |   |
|--|---|---|
| Indiquer <b>le salaire des douze derniers mois d'activité</b> <sup>4</sup> précédant l'arrêt de travail (éventuellement reconstitué en cas d'arrêt de travail sur la période), ainsi que les éléments variables perçus au cours des 4 derniers trimestres civils : |   |   |
|  | <b>SALAIRES BRUT</b><br>(hors éléments variables)                   | <b>ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS</b><br>(effectivement perçus) |
| MONTANT TOTAL <sup>5</sup>   |   |   |
| Si l'assuré a moins de 12 mois de présence, indiquer le <b>salaire d'embauche</b> et les primes effectivement perçues <sup>6</sup>   |   |   |
|  | <b>SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE BRUT</b><br>(hors éléments variables) | <b>ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS</b><br>(effectivement perçus) |
|  |   |   |

**1.** Il s'agit du numéro figurant sur vos bordereaux de cotisations dans la rubrique « Référence facture ».

**2.** Joindre un certificat médical précisant les circonstances de l'accident

**3.** Indiquer la qualification: Ouvrier - Mensuel - Apprenti - Travailleur à domicile - Agent de maîtrise assimilé cadre - Cadre - Cadre supérieur

**4.** Il s'agit d'un mois d'activité sans absence maladie. Les montants afférents aux régulations Sécurité sociale ou Organismes complémentaires ne doivent pas être retenus dans le montant brut du salaire

**5.** Klesia se réserve le droit de demander les bulletins de salaire

**6.** Joindre le dernier bulletins de salaire

Date : \_\_\_\_\_

**MENTION OBLIGATOIRE**

Cachet et signature de l'employeur

# JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR L'INDEMNISATION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL

## DANS TOUS LES CAS

- Déclaration de l'arrêt de travail : fournir les informations figurant sur la demande de règlement de prestations.
- Adresser les bordereaux de Sécurité sociale (format papier, électronique ou Noémie), à partir du début de l'arrêt de travail.
- Fournir le RIB du destinataire du paiement (employeur ou assuré).

| CAS PARTICULIERS   | JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES   |
|--|---|
| Rechute (nouvel arrêt survenant moins de 2 mois après la fin du précédent et ayant pour cause la même affection) | <input type="checkbox"/> Certificat médical attestant de la rechute (en l'absence de précision sur l'existence d'une rechute, c'est la prestation la moins favorable qui sera appliquée)  |
| Reprise d'activité à temps partiel pour raison médicale (mi-temps thérapeutique)                                 | <input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel (mi-temps thérapeutique) et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps plein  |
| Existence d'allocations Pôle emploi ou autre organisme   | <input type="checkbox"/> Attestation de versement des allocations Pôle emploi   |
| Employeurs multiples   | <input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières (CERFA N° 11135*03)  |
| Rupture de contrat de travail  | <input type="checkbox"/> Photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et préavis<br><input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire de l'assuré<br><input type="checkbox"/> Relevé de situation délivrés par Pôle emploi ou attestation de non perception de prestations de Pôle emploi  |
| Invalidité   | <input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail<br><input type="checkbox"/> Justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi que l'attestation sur l'honneur de non reprise d'activité et de non perception d'un autre revenu<br><input type="checkbox"/> En cas de reprise d'activité partielle : attestation de salaire réellement versé et celui qui aurait été versé pour une activité à temps plein<br><input type="checkbox"/> En cas de rupture du contrat de travail : le relevé d'identité bancaire de l'assuré et l'avis d'imposition<br><input type="checkbox"/> Les attestations de versement des allocations de pôle emploi ou de tout autre organisme ou l'attestation sur l'honneur de non perception |
| Maladie de Longue Durée (Article L293)   | <input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la décision délivrée par la Sécurité Sociale.   |

**Klesia se réserve le droit de réclamer toute pièce complémentaire permettant d'instruire le dossier.**