

DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

Incapacité de travail - Invalidité

Adresse de correspondance
KLESIA Prévoyance
Inca - Inva
 CS 73515
 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 ¹ : _____ N° Siret : _____

N° de téléphone entreprise ou comptable : _____

Adresse email : _____

Nom et prénom : M. M^{me} _____

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 _____

Saisonnier : OUI NON

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 ²

Maternité Cure thermale Hospitalisation (joindre le bulletin d'hospitalisation)

Rechute ³ (dans ce cas, l'assuré devra obligatoirement nous adresser un certificat médical)

Date de reprise d'activité : _____ Mi-temps thérapeutique : OUI NON

Qualification à la date de l'arrêt de travail ⁴ : _____

Non cadre Assimilé cadre Cadre Cadre supérieur autre : _____

Taux d'activité avant l'arrêt de travail : _____ depuis le : _____

Coefficient : _____ depuis le : _____

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. Rechute : nouvel arrêt survenant moins de 2 mois après la fin du précédent et ayant pour cause la même affection.

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

5. Si l'arrêt se prolonge, nous informer des évolutions du salaire d'activité pour nous permettre d'actualiser le calcul.

6. KLESIA se réserve le droit de demander les bulletins de salaire.

ATTESTATION DE SALAIRES

Indiquer le **salaire mensuel d'activité** pour la période d'arrêt de travail (salaire qu'aurait perçu le salarié s'il avait continué à travailler au cours du mois de survenance de l'arrêt de travail) ⁵ :

	SALAIRE BRUT	SALAIRE NET
MONTANT TOTAL ⁶		

	SALAIRE BRUT	SALAIRE NET
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le salaire mensuel d'embauche		

Date : _____

MENTION OBLIGATOIRE
 Cachet et signature de l'employeur*

* À remplir uniquement si le document est envoyé par courrier

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 <input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire de l'assuré <input type="checkbox"/> Relevé de situation délivrés par Pôle emploi ou attestation de non perception de prestations de Pôle emploi <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur de résidence fiscale à l'étranger si vous résidez fiscalement hors France et DOM
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 <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 <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 <input type="checkbox"/> En cas de rupture du contrat de travail : le relevé d'identité bancaire de l'assuré et l'avis d'imposition <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 <input type="checkbox"/> Une copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur de résidence fiscale à l'étranger si vous résidez fiscalement hors France et DOM
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.