

DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

Incapacité de travail - Invalidité / Mensualisation

Fleuristes, vente et services des petits animaux familiers

Adresse de correspondance
Service des Prestations
Incapacité - Invalidité
CS 73515
69482 Lyon Cedex 03
T 01 71 39 15 15
Lundi au vendredi 9 h - 18 h
klesia.fr

1 - ENTREPRISE

Raison sociale : _____
Adresse : n° _____ rue : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
Adresse email : _____

2 - N° ADHÉRENT

N° d'entreprise ¹ : _____

3 - SALARIÉ

☐ M. ☐ M^{me} NOM et prénom : _____
Numéro de Sécurité sociale : _____
Date d'entrée dans l'entreprise : _____
Si ancienneté inférieure à 1 an dans l'entreprise, précisez la date d'entrée dans la profession ²
et indiquez ci-dessous les informations relatives aux précédents employeurs ²

RAISON SOCIALE OU NOM DE L'EMPLOYEUR	ADRESSE - CODE POSTAL - VILLE	PÉRIODE D'EMPLOI

Catégorie : ☐ NON CADRE ☐ CADRE Date de nomination : _____
Profession : _____

4 - ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : _____ Date de reprise (si déjà connue) : _____
Cause de l'arrêt de travail (cochez la case correspondante) :
☐ Maladie ☐ Accident de trajet ☐ Accident de la vie privée ³
☐ Maternité ☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle Mi-temps thérapeutique : ☐ OUI ☐ NON
Portabilité : ☐ OUI ☐ NON

Montant des salaires bruts des 12 derniers mois civils de pleine activité précédant l'arrêt de travail (primes et gratifications comprises)

	SALAIRE BRUT hors éléments variables	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus
MONTANT TOTAL ⁴		
	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE BRUT	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le salaire d'embauche et les primes effectivement perçues ⁵		

Je soussigné(e) : _____
agissant en qualité de : _____
atteste l'exactitude de ces renseignements.
Date : _____

MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'employeur *

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

2. Entreprises du secteur fleuristes, vente et services des petits animaux familiers adhérentes à KLESIA Prévoyance.

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

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

5. Joindre le dernier bulletin de salaire

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
Reprise d'activité à temps partiel pour raison médicale (mi-temps thérapeutique)	☐ 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	☐ Attestation de versement des allocations Pôle emploi
Employeurs multiples	☐ Photocopie de l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières (CERFA N° 11135*03)
Rupture de contrat de travail	☐ 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 ☐ Relevé d'identité bancaire de l'assuré ☐ Relevé de situation délivrés par Pôle emploi ou attestation de non perception de prestations de Pôle emploi
Invalidité	☐ Photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail ☐ 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 ☐ En cas de reprise d'activité partielle : attestation de salaire réellement versé et celui qui aurait été versé pour une activité à temps plein ☐ En cas de rupture du contrat de travail : le relevé d'identité bancaire de l'assuré et l'avis d'imposition ☐ 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)	☐ 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.