

## DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

### Incapacité de travail - Invalidité

**Adresse de correspondance**  
**KLESIA**

TSA 20202  
69307 Lyon Cedex 07  
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 \_\_\_\_\_

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 <sup>2</sup>

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

Rechute <sup>3</sup> (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 <sup>4</sup> : \_\_\_\_\_

Non cadre  Assimilé cadre  Cadre  Cadre supérieur  autre : \_\_\_\_\_

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

Coefficient : \_\_\_\_\_ depuis le : \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DE SALAIRES**

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

	SALAIRE BRUT	SALAIRE NET
<b>MONTANT TOTAL <sup>6</sup></b>		

	SALAIRE BRUT	SALAIRE NET
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le <b>saire mensuel d'embauche</b>		

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. 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 saire d'activité pour nous permettre d'actualiser le calcul.

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

## 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.**