

DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

Incapacité de travail - Invalidité

Pharmacie d'officine - Non Cadres

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 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 _____

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
 causé par un tiers oui non
 Maternité Paternité Cure thermale Décès enfant
 Date de reprise d'activité : _____ Mi-temps thérapeutique : OUI NON
 Taux d'activité avant l'arrêt de travail : _____ % depuis le : _____
 Coefficient : _____ depuis le : _____

ATTESTATION DE SALAIRES

Indiquer le salaire brut des **douze derniers mois** civils d'activité précédant le sinistre (éventuellement reconstitué en cas d'arrêt de travail au cours de cette période) en tenant compte des éléments variables perçus au cours de la même période :

	MONTANT BRUT avec éléments variables	MONTANT NET avec éléments variables		
MONTANT TOTAL ³				
	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE BRUT	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE NET	ÉLÉMENTS VARIABLES NETS effectivement perçus
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le salaire mensuel d'embauche				

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

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
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.