

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

VOTRE IDENTITÉ

Nom de naissance :

Prénom :

Nom du mari (s'il y a lieu):

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone (conseillé) :

E-Mail (conseillé) :

N° Sécurité sociale

clé

Célibataire ☐

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Séparé(e) ☐

Veuf(ve) ☐

Vie maritale ☐

IDENTITÉ DU CONJOINT OU CONCUBIN OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Date du décès (éventuel) :

Activité :

AUTRES PERSONNES À CHARGE

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession ou autre situation

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire, sont destinées à KLESIA en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier. Aucune des données concernant vos salariés ne sera transmise à des tiers autres que les entités de KLESIA et ses délégataires de gestion. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions de la loi précitée. Vos salariés disposent en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, ils peuvent adresser leur demande à : KLESIA - Service Info CNIL - Rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (paragraphe 2, 3, 6 et 7)

1 - RECONSTITUTION DE CARRIÈRE

Afin de nous permettre de valider les années d'activité salariée exigées, indiquez sur l'imprimé RECONSTITUTION DE CARRIÈRE vos périodes d'emploi **telles que définies sur la 1^{ère} page de la notice explicative.**

2 - SITUATION ACTUELLE

☐ en activité

☐ contrat à durée indéterminée☐ contrat à durée déterminée

☐ à temps complet☐ à temps partiel : nombre d'heures effectuées chaque mois : ☐ hormis votre emploi de conducteur(trice), avez-vous une autre activité, même réduite, salariée ou non ?

☐ Oui☐ Non

Si oui, laquelle ? :

☐ en arrêt de travail pour l'un des motifs suivants :

☐ maladie depuis le ☐ accident de travail depuis le ☐ invalidité depuis le ☐ autre (à préciser) depuis le

☐ reclassé à la suite d'une inaptitude physique consécutive à un accident de travail depuis le

3 - DATE PRÉVISIONNELLE DE MON DÉPART EN CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

JE DEMANDE À BÉNÉFICIER DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ À EFFET DU (DATE OBLIGATOIRE)

4 - ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE

Le départ en congé de fin d'activité met fin au contrat de travail qui lie le conducteur à son employeur.

Pour permettre au bénéficiaire du congé de fin d'activité de continuer à acquérir des trimestres de retraite, le FONGECFA-Transport assume les formalités d'adhésion à l'**assurance volontaire vieillesse**.
Les cotisations sont entièrement à la charge de l'Etat et du régime.

Aussi doit-il donner une subrogation pour que le FONGECFA-Transport puisse procéder, en son nom, à cette adhésion (voir paragraphe 7 - 2 ci-dessous).

5 - COUVERTURE DÉCÈS

Vous bénéficierez durant toute la période de versement de votre allocation d'une garantie décès (capital) mise en place par le régime auprès de la CARCEPT-Prévoyance. La cotisation à cette garantie, répartie entre le fonds social du FONGECFA-Transport, votre employeur et vous-même, sera payée une fois pour toutes lors de votre passage en CFA.

6 - MODE DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION CHOISI

Virement à un compte ☐ bancaire ☐ postal ☐ caisse d'épargne

7 - AUTORISATION DE CONSULTATION DES FICHIERS CARCEPT, CARCEPT-Prévoyance, IPRIAC ET DEMANDE DE SUBROGATION

1 - J'autorise⁽¹⁾

Je n'autorise pas⁽¹⁾

le FONGECFA-Transport à consulter les informations me concernant contenues dans les fichiers gérés par la CARCEPT, la CARCEPT-Prévoyance et l'IPRIAC.

2 - JE DONNE POUVOIR AU FONGECFA-TRANSPORT POUR EFFECTUER À MA PLACE TOUTES LES DÉMARCHES NÉCESSAIRES À MON AFFILIATION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE VIEILLESSE.

3 - Je soussigné(e), certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus (paragraphe 2, 3, 6 et 7) et m'engage à informer les personnes «à charge» de leurs droits relatifs à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

Date

Signature (obligatoire)

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile.

JUSTIFICATIFS A JOINDRE **OBLIGATOIREMENT**

- Photocopies de tous les certificats de travail ou, à défaut, de tous les bulletins de salaire.
- Photocopie du dernier bordereau de paiement des indemnités journalières (I.J.) par la Sécurité sociale.
- Photocopie du dernier bordereau de paiement des I.J. par la Sécurité sociale ou de la rente accident de travail.
- Photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité et du dernier avis de règlement.
- Justificatif de la médecine du travail (uniquement en cas de reclassement), qui doit indiquer que votre reclassement est consécutif à un accident du travail intervenu dans l'exercice de votre métier de conducteur.
- L' imprimé demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse **signé uniquement (ne pas dater), remplir la partie demandeur.**
- Déclaration de bénéficiaire (dans l'hypothèse où l'ordre indiqué au point i de la page 3 de la notice explicative ne conviendrait pas).
- Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (**original**).
- Photocopie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité ; à défaut, photocopie de votre livret de famille régulièrement tenu à jour ou extrait de votre acte de naissance (original).
- Photocopie de l'attestation délivrée par votre centre de Sécurité sociale jointe à votre carte vitale. Dans l'hypothèse où votre conjoint serait lui-même assuré principal, nous adresser l'attestation le concernant.
- Photocopies de vos deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
- Photocopie du relevé de carrière (relevé de compte individuel) de la Sécurité sociale mentionnant le nombre de trimestres de cotisations (à demander à votre centre CARSAT).
- Attestation de salaire ci-jointe, établie par votre employeur, des 12 derniers mois précédents la demande.
- Photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois civils travaillés à temps complet précédant la demande.
- Photocopie recto-verso de votre permis de conduire.
- Reconstitution de carrière **complétée, datée et signée.**

Vous devez obligatoirement certifier la conformité des photocopies produites en apposant sur chacune d'elles la mention « photocopie certifiée conforme à l'original » suivie de la date et de votre signature.

La notice explicative ci-jointe a pour objet de vous aider à remplir votre demande de prise en charge.

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901
174 rue de Charonne - TSA 73001 - 75126 Paris cedex 11

► N°Cristal 0969 36 22 22
APPEL NON SURTAXE

RECONSTITUTION DE CARRIÈRE EN QUALITÉ DE :

- Conducteur de véhicule affecté, soit au transport de marchandises ou déménagement (véhicule de + de 3,5 tonnes de PTAC), soit transport interurbain de voyageurs.
- Convoyeur au sein d'un équipage dans un véhicule affecté au transport de fonds de valeurs.

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Durée Année Mois	Indiquer le nom et l'adresse des entreprises de transport public de marchandises/déménagement, de transport de fonds et valeurs ou de transport interurbain de voyageurs	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	Préciser la nature de votre emploi : temps complet ou temps partiel	Code NAF (APE)
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		
DU			ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE :		
AU			EMPLOI :		

Je soussigné(e) (NOM + PRÉNOM) _____

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(DATE OBLIGATOIRE)

SIGNATURE :
(OBLIGATOIRE)

TRÈS IMPORTANT :

Joindre tous les certificats de travail ; à défaut, tous les bulletins de salaire justifiant toutes les périodes décrites ci-dessus.

notice

Les différentes options et conditions d'adhésion selon votre situation

❶ ***Vous êtes ancien(ne) assuré(e) social(e)***

Vous avez été affilié(e) pendant au moins 6 mois, soit au régime général, soit à un régime spécial mentionné à l'article R. 711-1 du Code de la sécurité sociale (fonctionnaires,...), soit au régime des assurances sociales agricoles ET vous avez cessé de remplir les conditions d'assujettissement à ce régime :

vous pouvez adhérer à l'**assurance volontaire invalidité - vieillesse - veuvage** en adressant votre demande dans les 6 mois à compter de la date à laquelle vous avez cessé de relever de l'assurance sociale obligatoire.

Selon l'article R. 742-5 - alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, si vous bénéficiez ou êtes susceptible de bénéficier d'un avantage vieillesse, vous ne pouvez pas adhérer à cette assurance, sauf si vous êtes titulaire d'une retraite proportionnelle des régimes spéciaux.

Remarque : Si vous avez cessé de remplir les conditions de l'assujettissement obligatoire du fait de votre départ du territoire métropolitain, vous ne serez **affilié(e) qu'aux seuls risques vieillesse - veuvage**.

Vous devez adresser ce formulaire à la caisse de votre lieu de résidence ou à la caisse de votre dernière résidence si vous transportez votre domicile hors du territoire métropolitain.

Par ailleurs, les personnes qui partent à l'étranger pour exercer une activité salariée ou assimilée et qui désirent souscrire une assurance vieillesse-veuvage, doivent s'adresser à la Caisse des français de l'étranger (CFE) à l'aide d'un formulaire spécifique téléchargeable sur le site www.cfe.fr.

☞ A l'appui de votre demande, vous devez fournir :

- votre carte Vitale ou l'attestation papier qui l'accompagne,
- vos derniers bulletins de paie portant l'indication du précompte des cotisations ou, à défaut, toute autre pièce en tenant lieu.

❷ ***Vous remplissez les fonctions de tierce personne auprès de votre conjoint(e) ou d'un membre de votre famille infirme ou invalide***

Vous ne percevez aucune rémunération pour cette activité et vous ne relevez pas de l'assurance vieillesse du régime général (article L.381-1, 2° du Code de la sécurité sociale) :

Vous pouvez adhérer à l'**assurance volontaire invalidité - vieillesse** en adressant votre demande dans les 10 ans à compter du début de l'activité au service de la personne infirme ou invalide ou dans les 10 ans à compter de la date à laquelle vous ne relevez plus de l'assurance vieillesse du régime général.

Remarque : si vous relevez déjà de l'assurance vieillesse du régime général en tant que bénéficiaire de certaines prestations familiales, vous ne pouvez adhérer qu'au **seul risque invalidité**.

☞ A l'appui de votre demande, vous devez fournir :

- une déclaration sur l'honneur que vous exercez les fonctions de tierce personne sans rémunération,
- une pièce justifiant du lien familial avec la personne infirme ou invalide,
- une copie lisible du livret de famille,
- une attestation de domicile,
- tout document établissant l'obligation d'avoir recours à une tierce personne.

❸ ***Vous assurez l'éducation d'au moins un enfant de moins de 20 ans à la charge de votre foyer***

Vous assumez la charge d'au moins un enfant de moins de 20 ans à la date de la demande d'adhésion, vous résidez en France et n'exercez aucune activité professionnelle :

Vous pouvez adhérer à l'**assurance volontaire invalidité - vieillesse - veuvage** en adressant votre demande dans les 6 mois à compter de la date à laquelle vous avez cessé de relever de l'assurance sociale obligatoire.

☞ A l'appui de votre demande, vous devez fournir :

- votre carte Vitale ou l'attestation papier qui l'accompagne,
- vos derniers bulletins de paie portant l'indication du précompte des cotisations ou, à défaut, toute autre pièce en tenant lieu.

Remarque : si vous n'êtes atteint d'aucune affection invalidante congénitale ou acquise, que vous résidez en France et n'exercez aucune activité professionnelle, vous avez la possibilité d'adhérer au **seul risque invalidité (assurance volontaire invalidité parentale)**.

☞ Vous devez alors fournir, en plus des éléments ci-dessus :

- une attestation sur l'honneur établi par vous même sur l'absence d'affection congénitale ou invalidante,
- un certificat établi par un médecin sur votre état de santé et les diverses affections dont vous avez été atteint(e).

Aucun délai pour adresser votre demande n'est imposé.

Les cotisations que vous devrez payer

Vos cotisations, dont le taux varie en fonction des risques choisis (**invalidité-vieillesse-veuvage ou vieillesse-veuvage ou invalidité parentale**), sont payables d'avance et sont calculées en fonction :

- le cas échéant, de votre rémunération professionnelle antérieure,
- ou
- d'une assiette forfaitaire.

Des précisions vous seront données lors du dépôt de votre demande.

Le montant de votre cotisation vous sera précisé par la caisse primaire.

L'organisme chargé du recouvrement des cotisations vous adressera un **avis d'échéance à respecter sous peine de radiation. Mais vous pouvez également demander à payer d'avance votre cotisation pour l'année civile.**

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire invalidité parentale peuvent demander le prélèvement mensuel de leurs cotisations sur leurs prestations familiales, à l'exception de l'allocation logement, si le montant de ces prestations couvrent totalement le montant de leur cotisation.

La résiliation de votre adhésion

Votre assurance peut être résiliée notamment dans les cas suivants :

- vous ne payez pas vos cotisations à l'échéance prescrite : vous serez radié(e) à compter du 1^{er} jour du trimestre pour lequel la cotisation n'a pas été payée,
- vous le demandez, par simple lettre, à la caisse primaire : votre résiliation prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Demande d'adhésion à l'assurance volontaire

"invalidité - vieillesse - veuvage" ou "vieillesse - veuvage" ou "invalidité"

(articles L. 742-1, R. 742-1 et suivants et D. 742-1 et suivants du Code de la sécurité sociale)

date de réception :

Adresser cette demande à votre caisse d'assurance maladie qui vous notifiera sa décision

Partie réservée à la caisse d'assurance maladie

Caisse	n° de document
Régime principal	date d'effet
Caisse prestataire	centre de paiement

Personne demandant l'adhésion

Nom et prénom : (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	
N° d'immatriculation	date de naissance
Adresse :	

Rubriques à compléter selon votre situation

① Vous êtes ancien(ne) assuré(e) social(e)

- ☐ Choix de l'adhésion à l'assurance volontaire : invalidité - vieillesse - veuvage ☐ ou vieillesse - veuvage ☐
- ☐ Vous résidez : en France métropolitaine ☐ en Outre-mer ☐ à l'étranger ☐
- ☐ Vous remplissez les conditions d'assujettissement obligatoire au régime général, au régime agricole ou à un régime spécial : oui ☐ non ☐
- ☐ Vous bénéficiez d'un avantage vieillesse : oui ☐ non ☐
- ☐ Vous avez été affilié(e), depuis au moins 6 mois, à un régime de sécurité sociale : à titre personnel ☐ à titre d'ayant droit ☐

② Vous remplissez les fonctions de tierce personne auprès de votre conjoint(e) ou d'un membre de votre famille infirme ou invalide

- ☐ Choix de l'adhésion à l'assurance volontaire : invalidité - vieillesse ☐ ou invalidité ☐
- ☐ Lien familial entre vous et la personne infirme ou invalide :
- ☐ Vous êtes au service de la personne infirme ou invalide depuis le :

Nom et prénom de la personne infirme ou invalide : (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
Son n° d'immatriculation
Son adresse :

- ☐ Vous percevez une rémunération à ce titre : oui ☐ non ☐
- ☐ Vous relevez de l'assurance vieillesse du régime général : oui ☐ non ☐

③ Vous assurez l'éducation d'un enfant de moins de 20 ans à la charge de votre foyer

- ☐ Choix de l'adhésion à l'assurance volontaire : invalidité - vieillesse - veuvage ☐ ou invalidité parentale ☐
- ☐ Vous remplissez les conditions d'assujettissement obligatoire au régime général, au régime agricole ou à un régime spécial : oui ☐ non ☐
- ☐ Vous avez été affilié(e), depuis au moins 6 mois, à un régime de sécurité sociale : à titre personnel ☐ à titre d'ayant droit ☐
- ☐ Vous déclarez ne pas être atteint(e) d'une affection congénitale ou invalidante : oui ☐ non ☐

Date à laquelle vous souhaitez être affilié(e)

- ☐ Au 1er jour du trimestre civil qui suit la date de votre demande ☐
- ☐ ou au 1er jour du trimestre civil au cours duquel votre demande est présentée ☐
- ☐ ou, pour l'adhésion à l'invalidité parentale uniquement, au 1er jour du trimestre civil qui suit la date de votre cessation d'activité ☐

Remarque : si vous assurez l'éducation d'un enfant de moins de 20 ans et que vous adhérez à l'assurance invalidité - vieillesse - veuvage, vous serez obligatoirement affilié(e) au 1er jour du trimestre civil qui suit la date de votre demande.

Fait à Le

Signature du demandeur

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

DESIGNATION DE BENEFICIAIRE DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES BÉNÉFICIAIRES DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale :
 N° SIRET :
 N° de contrat :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

N° Sécurité sociale : Clé :
 Date d'entrée dans l'entreprise :
 Nom : Prénoms :
 Nom de jeune fille : Né(e) le : à
 Adresse : Ville :
 Code postal :
 Nombre d'enfants fiscalement à charge :
 Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS

sous réserve de toute modification ultérieure notifiée à l'Institution

☐ 1^{re} formule : j'opte pour la désignation de bénéficiaire figurant ci-dessous.

En cas de décès, le capital sera attribué dans l'ordre de priorité suivant :

- à votre conjoint survivant, non séparé de droit ou de fait ou au partenaire avec lequel vous êtes lié par un PACS ;
- à défaut, à votre concubin tel que défini dans la notice d'information ;
- à défaut, et par parts égales, à vos enfants à charge tels que définis dans la notice d'information pour l'ouverture du droit à majoration du capital ;
- à défaut, et par parts égales, à vos autres enfants, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales, à vos ascendants ;
- à défaut, et par parts égales, à vos héritiers ;
- à défaut, au fonds social de CARCEPT-Prévoyance.

Lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée directement au profit de la personne au titre de laquelle elle a été accordée ou à la personne assumant la charge familiale au décès.

☐ 2^e formule : la 1^{re} formule ne me convient pas et je préfère désigner comme bénéficiaire(s) la ou les personne(s) physique(s) ou morale(s) suivante(s)
- voir au verso les conseils de rédaction.

Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment par courrier simple, acte sous seing privé ou acte authentique notifié à l'Institution. En cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, celle-ci devient irrévocable, sauf consentement par le bénéficiaire.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente déclaration qui annule et remplace toute désignation antérieure.

A le
Signature du salarié (précédée de la mention manuscrite «lu et approuvé»)

Ce document est à retourner à :

CARCEPT-Prévoyance - Service Prestations - 174 rue de Charonne - 75128 Paris Cedex 11

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à CARCEPT-Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale, et ce, uniquement pour les produits et services proposés par CARCEPT-Prévoyance et ses partenaires, à l'exclusion du NIR. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et services de CARCEPT-Prévoyance et de ses partenaires, veuillez cocher cette case : ☐

Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités de CARCEPT-Prévoyance, ses délégataires de gestion et ses partenaires. CARCEPT-Prévoyance prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la loi précitée. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de CARCEPT-Prévoyance, Service INFO CNIL - rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à : info.cnil@klesia.fr.



carcept prev

GROUPE KLESIA

COMMENT RÉDIGER LA CLAUSE DE BÉNÉFICIAIRE PARTICULIÈRE

La clause bénéficiaire pré-imprimée sur le recto de ce document permet, en principe, de régler la plupart des situations.

Toutefois, si elle ne vous convient pas, vous pouvez désigner expressément les bénéficiaires de votre choix, par lettre datée et signée ou en complétant ce formulaire.

Si en cours d'affiliation, vous désirez changer les bénéficiaires du capital garanti, et si ceux-ci n'ont pas accepté le bénéfice du contrat, vous devez en faire la déclaration par simple courrier (sur papier libre) daté et signé à l'Institution et désigner le ou les bénéficiaires de votre choix. Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution a reçu notification de ce changement. Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Institution est inopposable à celle-ci.

Si le premier bénéficiaire désigné a accepté le bénéfice du capital, toute modification est subordonnée à l'accord préalable de ce bénéficiaire.

1 – La représentation d'un bénéficiaire prédécédé

En cas de prédécès du bénéficiaire désigné, le capital décès sera attribué :

- aux autres bénéficiaires désignés par parts égales entre eux ;
- à défaut d'autres bénéficiaires désignés, selon la clause type (au recto).

Si vous souhaitez que la part revenant à l'un des bénéficiaires désignés soit versée, en cas de prédécès de celui-ci, à ses propres héritiers, et non pas aux autres bénéficiaires, il convient de le préciser.

2 – La clé de répartition entre plusieurs bénéficiaires

Lorsque vous avez désigné plusieurs bénéficiaires au même rang, pensez à préciser clairement la répartition en % et en parts.

En cas de décès de tous les bénéficiaires désignés expressément, la clause type est appliquée sauf si les héritiers du bénéficiaire prédécédé sont visés.

3 – Les clauses nominatives

Les différents modes de désignation :

- Dans le cas d'une désignation par la qualité du bénéficiaire ou par son lien avec vous (« mon conjoint », « mes enfants nés ou à naître »...), seront prises en compte les personnes qui pourront justifier de cette qualité au moment du décès ;
- Dans le cas d'une désignation nominative, il est nécessaire d'être le plus précis possible (noms, prénoms, dates de naissance...) afin que le bénéficiaire soit identifiable sans risque de confusion avec une autre personne
- Dans le cas d'une désignation d'une personne morale, il est préférable de ne pas mentionner le nom du représentant de la personne morale mais bien le nom de la personne morale.

À noter : Une désignation nominative peut, avec le temps, ne plus correspondre à l'évolution de votre situation familiale et donc ne plus être en adéquation avec votre volonté. C'est pourquoi, une désignation indirecte (par la qualité) peut être préférable.

• Exemple :

CAS DU CONJOINT : Vous pouvez rédiger de la façon suivante : « mon conjoint ». Ainsi, en cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire survivant.

CAS DES ENFANTS : si vous avez désigné votre enfant nominativement, il est impératif à chaque naissance de réactualiser ou de confirmer la désignation faite. C'est pourquoi il est recommandé de préférer la désignation « mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ». Tous vos enfants sont alors bénéficiaires du capital.

Par « représentés », il faut entendre que si l'un des enfants est décédé, ce sont les descendants de ce dernier qui bénéficieront de la part de capital qui lui était destinée.

BON A SAVOIR : LES DROITS DU BÉNÉFICIAIRE

» L'ACCEPTATION

En principe, l'acceptation du bénéficiaire de premier rang s'exerce au décès du participant. Toutefois le bénéficiaire peut également, en cours de contrat, faire connaître son acceptation.

Une telle acceptation s'oppose alors à la modification ultérieure de la désignation du bénéficiaire. Les contraintes engendrées par une telle acceptation doivent donc vous conduire à la plus grande discrétion quand à la désignation de vos bénéficiaires et à la conservation des documents relatifs à votre adhésion.

» LA RENONCIATION

La renonciation du premier bénéficiaire au décès du participant a pour effet d'attribuer le droit au capital au second bénéficiaire désigné. Le bénéficiaire de premier rang doit adresser une lettre accompagnée d'un justificatif d'identité dans laquelle il indique clairement sa volonté de façon expresse et manuscrite.

ATTESTATION à remplir par votre employeur actuel

Nous, soussignés, _____

Code activité NAF/NACE (ou APE)
certifions employer M. _____

NOM

PRÉNOM

depuis le (1) ☐ à temps complet du au

☐ à temps partiel du au

motif : _____

dans le cadre d'un : ☐ C.D.I. ☐ C.D.D.

en qualité de _____ d'un véhicule de ☐ moins de 3,5 t de PTAC
☐ plus de 3,5 de PTAC

(1) Dans l'hypothèse où cette attestation regrouperait des périodes d'activité effectuées dans plusieurs sociétés (appartenance à un même groupe, fusion-absorption, rachat d'entreprise, etc...), indiquer ci-dessous les raisons sociales et adresses de celles-ci ainsi que les périodes d'emploi et les fonctions précises occupées.

Dans le cas contraire, indiquer NEANT dans la colonne raison sociale.

DATE D'ENTRÉE	DATE DE SORTIE	RAISON SOCIALE ET ADRESSE	CODE ACTIVITÉ NAF OU APE	EMPLOI EXACT OCCUPÉ

Pour la retraite complémentaire, il cotise:

➤ à la caisse ARRCO (non cadre, cadre TA) ☐ CARCEPT ☐ autre : _____

➤ à la caisse AGIRC (cadre TB) : _____ (À PRÉCISER)

(À PRÉCISER)

C.C.N appliquée : ☐ convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport

☐ autre CCN _____

(À PRÉCISER)

Nous lui avons versé au cours des 12 mois civils précédant le (date de dépôt de la demande de dossier)
les salaires bruts suivants, soumis à cotisations :

MOIS DE	SALAIRE RÉEL (ne pas indiquer les centimes)	SALAIRE COMPLÉMENTAIRE ⁽¹⁾	
		MONTANT	MOTIF
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
	_____€	_____€	
TOTAL	A _____€	B _____€	= _____€

⁽¹⁾ En cas de **baisse de la rémunération mensuelle** de base consécutive à un arrêt de travail pour motif médical ou à une période de congés payés réglés par une caisse, indiquer dans la colonne SALAIRES COMPLÉMENTAIRES le **montant de celle-ci** ainsi que le motif (maladie, accident du travail, congés payés).
Le total des colonnes A et B doit correspondre à la rémunération normale du salarié durant la période de référence.

Nous certifions également avoir pris connaissance des dispositions prévues par l'accord du 11 mars 2014 rappelées ci-dessous :

« Toute cessation d'activité d'un salarié dans les conditions prévues au présent accord doit donner lieu, dans l'entreprise qui employait le bénéficiaire du CFA, à l'embauche d'un salarié cotisant au dispositif CFA, dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée à temps plein. Cette embauche doit intervenir dans les trois mois précédant ou suivant la date du départ effectif de l'entreprise du bénéficiaire du CFA ».

> A le

➤ **Signature et cachet de l'entreprise :**

OBLIGATOIRE

➤ Veuillez nous indiquer le nom de la personne à contacter :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites.