

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

DANS TOUS LES CAS

- Photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité.
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale Sécurité sociale.
- **Photocopie de la notification de retrait de permis de conduire ou du certificat spécial ; à défaut, fiche d'inaptitude définitive à la conduite délivrée par la médecine du travail.**
- Photocopie recto-verso du permis de conduire.
- Photocopie du bulletin de salaire correspondant à la date du dernier jour de conduite.
- Photocopie des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
- Le dossier médical joint, **accompagné impérativement des pièces médicales relatives à l'affection ayant entraîné votre inaptitude** telles que décrites page 2 du dossier médical dans la colonne : *"exemples de documents par spécialité à joindre obligatoirement selon l'affection"*.
- Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (**original**).
- Le formulaire "vos ressources" rempli, daté, signé et accompagné des pièces justificatives.
- **Tous les certificats de travail ; à défaut les bulletins de salaires justifiant les périodes d'emploi indiquées dans le reconstitution de carrière.**

RECONSTITUTION DE CARRIÈRE À RENSEIGNER PAR LE DEMANDEUR

Indiquer les périodes d'activité salariée accomplies dans des entreprises de transport public*, dans un emploi de conduite nécessitant la possession d'un permis C, EC, D, ED (ex C, C1, D) ou d'un certificat spécial de capacité à la conduite.

Indiquer les dates des périodes (jour/mois/an)	Durée Année Mois	Indiquer le nom et l'adresse des entreprises de transport relevant de l'IPRIAC*	Indiquer l'activité de l'entreprise et l'emploi occupé	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 :	

TRÈS IMPORTANT :
 Joindre tous les certificats de travail ; à défaut, tous les bulletins de salaire justifiant l'intégralité des périodes décrites ci-dessus.

- * ENTREPRISES DE TRANSPORT RELEVANT DE :
- la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport,
 - la convention collective nationale des réseaux de transport urbains de voyageurs
 - la convention collective nationale de travail du personnel des voies ferrées d'intérêt local,
 - la convention collective nationale des activités du déchet,
 - la convention collective nationale des coopératives et SICA bétail et viandes.

Je soussigné(e) (NOM + PRÉNOM) _____

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

le | | | | | | | | | |
 (DATE OBLIGATOIRE)

SIGNATURE :
 (OBLIGATOIRE)

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

N° D'ADHESION DE L'ENTREPRISE A L'IPRIAC (voir bulletin d'affiliation)

CONVENTION COLLECTIVE :

Période d'emploi "CONDUITE" dans l'entreprise :

Emploi exact occupé, préciser :

- la qualification :
- le coefficient :
- le groupe :

Date de reconnaissance de l'inaptitude à la conduite par la médecine du travail ou date de retrait du permis de conduire ou du certificat spécial :

L'inaptitude est-elle d'origine accidentelle ?

Si oui, l'accident est-il dû à un tiers ?

Rémunération brute soumise à cotisation **hors frais professionnels perçue au cours des douze mois civils précédant la date d'inaptitude ci-dessus** (en cas d'absences pour incapacité, réintégrer le montant des salaires perçus qui auraient dû être soumis à cotisation)

Date du dernier jour de conduite :

Le salarié bénéficie-t-il (ou a-t-il bénéficié) d'un maintien de salaire ?

Si oui

1) Maintien de salaire dans le cadre d'un accord d'entreprise ou de la CNN à _____ % (préciser le taux)
à _____ % (préciser le taux)

2) Si maintien de salaire au-delà des périodes indiquées ci-dessus

- Prévoyance collective _____ e brut par jour (à préciser)
- Congés payés _____
- Autres (repos compensateurs...): _____ (à préciser)

Le contrat de travail a-t-il été rompu ?

Si oui, à quelle date ? :

L'intéressé bénéficie-t-il du régime de préretraite progressive (Assedic)

L'intéressé(e) a-t-il (elle) été reclassé(e) dans l'entreprise ?

Si oui, préciser :

- Le montant annuel de la rémunération totale brute hors frais professionnels réelle ou évaluée du nouvel emploi :
- La nature du nouvel emploi :
- La date du reclassement :

CERTIFIE EXACT

Date :

Signature :

Personne à contacter :

☎ :

Poste :

CACHET DE L'ENTREPRISE
obligatoire

INSTITUTION DE PREVOYANCE D'INAPTITUDE A LA CONDUITE
régie par le code de la Sécurité sociale

174 rue de Charonne - 75128 Paris cedex 11 -  N° Indigo 0 820 220 202 - Télécopie : 01 44 93 81 85

www.groupe-do.fr - Mél. : accueil@groupe-do.fr