GRAS SAVOYE
Willis Towers Watson

FRM-GES-02_V2

DECLARATION DE SINISTRE

Pour les agents affiliés à la CNRACL

Date de déclaration : -------- / -------- / --------

Signature et cachet de la collectivité :

Centre de gestion de l'Aude

Maison des Collectivités
85 Avenue Claude Bernard – CS 60050
11890 CARCASSONNE CEDEX
Tél. : 04.68.77.79.79

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : ---------- **Nom de jeune fille :** ----------

Prénom : ----------

Numéro sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_|

Date d'entrée dans la collectivité : -------- / -------- / -------- ☐ Temps complet ☐ Temps partiel -------- **%** ☐ Temps non complet -------- heures / mois

Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) **:** ---------- **Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT :** ----------

Catégorie : ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** **Date de naissance :** -------- / -------- / -------- **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

Pour les délais de déclaration, merci de vous reporter aux Conditions Générales de votre Assureur.
Attention : Toute demande transmise hors délai ne sera pas prise en charge.

SINISTRE

MO (Maladie ordinaire)
GP (Grossesse pathologique)
AT (Accident du service/Trajet)
LM (Longue maladie)
MAT (Maternité)
MP (Maladie imputable au service / Maladie Professionnelle)
LD (Longue Durée)
CP (Couches pathologiques)
TPT (Temps partiel thérapeutique)
MDO (Mise en disponibilité)
PAT (Paternité)
INVAL (Invalidité temporaire)

Nature de l'arrêt *	Période d'arrêt			
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise

Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc …)

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement

SALAIRE

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré / TIB												
SFT												
NBI												
Indemnités accessoires												

DECLARATION D'ACCIDENT DU SERVICE/TRAJET OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

Utiliser l'imprimé spécifique