GRAS SAVOYE
Willis Towers Watson

DECLARATION DE SINISTRE

Pour les agents affiliés à l'IRCANTEC

FRM-GES-03_V1

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

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 :** ----------

Date de naissance : -------- / -------- / -------- **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ - 150 heures / trimestre (au sens Sécurité Sociale)

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) **GM** (Grave maladie) **MAT** (Maternité) **AT** (Accident de Service/Trajet)
MP (Maladie imputable au service / Maladie Professionnelle)

	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												

Joindre les décomptes Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale et les bulletins de salaires pour la période de l'arrêt

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

Utiliser l'imprimé spécifique