DEMANDE DE PRESTATIONS 

***Pour les agents affiliés à l’IRCANTEC***

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

**Signature et cachet de la collectivité :**

**GRAS SAVOYE ORMES**

ADP Secteur Public

TSA 20413

69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 02.38.70.36.10 Fax : 02.38.70.36.00

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00



# **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 **🞎**Non titulaire **🞎**- 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 du travail)  **MP** (Maladie professionnelle)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 …)***

###### Salaire

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Janv.** | **Fév.** | **Mars** | **Avril** | **Mai** | **Juin** | **Juil.** | **Août** | **Sept.** | **Oct.** | **Nov.** | **Déc.** |
| **Indice majoré** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NBI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indemnités accessoires** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

###### Déclaration d’accident du travail ou maladie professionnelle

**Utiliser l’imprimé spécifique**