DECLARATION DE SINISTRE

***Pour les agents affiliés à la CNRACL***

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

**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)  **LM** (Longue maladie) **LD** (Longue Durée) **MDO** (Mise en disponibilité)

**GP** (Grossesse pathologique)  **MAT** (Maternité)  **CP** (Couches pathologiques) **PAT** (Paternité)

**AT** (Accident du travail) **MP** (Maladie professionnelle) **TPT** (Temps partiel thérapeutique) **INVAL** (Invalidité temporaire)

|  |
| --- |
| **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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**Utiliser l’imprimé spécifique**