DEMANDE DE PRESTATIONS

Pour les agents affiliés à la CNRACL

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Gard

183 Chemin du Mas Coquillard
30900 NIMES
Tél. : 04.66.38.86.86 Fax : 04.66.38.86.87

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

Signature et cachet de la collectivité :

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)

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												
NBI												
Indemnités accessoires												

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Utiliser l'imprimé spécifique

Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à : Gras Savoye Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud. BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81

Gras Savoye Société de courtage d'assurance et de réassurance
Siège social : Immeuble Quai 33. 33/34 quai de Dion-Bouton. CS 70001. 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. http://www.grassavoye.com
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros.
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (http://www.orias.fr).
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9