



**GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE
DEMANDE DE PRESTATIONS INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
COMPLÉMENT DE DOSSIER**

(Document à compléter par la collectivité dont dépend l'adhérent)

Collectivité : _____ N° du département Agence MNT _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Type du congé de maladie : _____

Date de départ de l'arrêt de travail en cours : _____

Date du passage à demi-traitement :

Periodes à indemniser

Date de reprise : _____

OBSERVATIONS :

Conformément à la loi Informatique et Libertés modifiée du 06.01.1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant en nous écrivant : MNT, 4 rue d'Athènes 75009 PARIS.

Fait à _____ le _____

Signature et **cachet** de la Collectivité

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

_____ @ _____

PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT :

- Le bulletin de salaire
 - Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale : les décomptes des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (même en cas de subrogation)
 - Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêté municipal ou de la Commission de réforme.

DOSSIER À RETOURNER À :

MNT Prestations Prévoyance - TSA 60019 - 33 044 BORDEAUX Cedex

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et enregistrée sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMPEPF29 attribué par l'INSEE. Siège social : 4 rue d'Athènes - 75009 PARIS