

Demande de Prestations Pour les agents affiliés à la

CNRACL



CDG 16
30 RUE DENIS PAPIN - CS 12213
16022 ANGOULEME CEDEX

☎ 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86 📠 05.45.95.35.89



Date de la déclaration : 09/11/2020

Cachet de
La collectivité

Signature

Attention, toutes les données sont obligatoires

Agent

N° Sécurité Sociale 279 03 108 110 511 614 Clé 116

Nom marital ERDOGAN Entrée dans la collectivité 01/09/08 ☒ Temps Complet

Nom de jeune fille LEQUEUX Enfant(s) à charge (au Sens Sécu) 2 ☐ Temps Partiel%

Prénom SABRINA Enfant(s) ouvrant droit au SFT 2 ☐ Temps non Complet
.....heures/mois

Catégorie : A ☐ B ☐ C ☒

M F

Date de Naissance 27/03/79

Sexe ☐ ☒

☐ CPA

**POUR LES DELAIS DE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A VOS CONDITIONS GENERALES
ATTENTION, TOUTE DEMANDE TRANSMISE HORS DELAI NE SERA PAS PRISE EN CHARGE**

Ministre

- AT (Accident du Travail) - MAT (Maternité, Paternité) - LM (Longue Maladie) - LD (Longue Durée) - MO (Maladie Ordinaire)
MP (Maladie Professionnelle) GP (Grossesse Pathologique) CP (Couches Pathologique) MDO (Mise en Disponibilité)
TPT (Temps Partiel Thérapeutique)

Nature de l'arrêt*	Périodes d'arrêt			
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise
no	07/11/20	07/11/20	13/11/20	14/11/20

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein Traitement Demi Traitement
23/10/20	06/11/20	PT
24/09/20	04/10/20	PT
20/04/20	10/05/20	PT
19/11/19	24/11/19	PT

* Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc.)

Salaires