

## Demande de Prestations

CNRACL



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

05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86



Date de la Déclaration : 09/11/2020

gent

Nom marital ERDOGAN

Attention, toutes les données sont obligatoires

N° Sécurité Sociale 217910310811051164 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) 1  Temps Partiel 50 %

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

Catégorie : A  B  C

M E

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
10	07/01/20	07/01/20	13/01/20	14/01/20

Antériorité MIO 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.)

## Malaire