

DEMANDE DE PRESTATIONS  
Pour les agents affiliés à la CNRACL

CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE

30 RUE DENIS PAPIN  
CS 12213  
16022 ANGOULEME CEDEX  
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86

Date de déclaration : 21/10/2021

Signature et cachet de la collectivité :



Le Maire,

Gérard LIOT

ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : LALUT Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Prénom : Paral

Numéro sécurité sociale 1116121091416104151501 Clé 10141

Date d'entrée dans la collectivité : 13/11/06  Temps complet  Temps partiel \_\_\_\_\_ %  Temps non complet \_\_\_\_\_ heures / mois

Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) : 0 Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT : 0

Catégorie :  A  B  C Date de naissance : 11/09/62 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
110	27/06/20	27/10/21	09/11/21	10/11/21

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement
27/06/20	11/07/20	PT
12/07/20	18/11/20	DT
19/11/20	03/02/21	PT
04/02/21	26/06/21	DT

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

SALAIRE

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré										392		
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 Savoie 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