

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 : 23/03/2021

Signature et cachet de la collectivité :



Gérard LIOT

ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : <u>LALVY</u>	Nom de jeune fille :
Prénom : <u>Pascal</u>	
Numéro sécurité sociale <u>1161210914161015101</u> Clé <u>Q141</u>	
Date d'entrée dans la collectivité : <u>13/11/06</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel % <input type="checkbox"/> Temps non complet heures / mois
Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) : <u>0</u>	Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT : <u>0</u>
Catégorie : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	Date de naissance : <u>11/09/1962</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 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
No	<u>27/06/2020</u>	<u>15/03/2021</u>	<u>18/04/2021</u>	<u>19/04/2021</u>

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement
<u>27/06/2020</u>	<u>10/07/2020</u>	<u>PT</u>
<u>11/07/2020</u>	<u>18/04/2020</u>	<u>DT</u>
<u>19/04/2020</u>	<u>02/02/2021</u>	<u>PT</u>
<u>03/02/2021</u>	<u>18/04/2021</u>	<u>DT</u>

*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			<u>392</u>									
NBI												
Indemnités accessoires			<u>iFSE</u>									

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