

**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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet de la collectivité :

**ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES**

**AGENT**

Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro sécurité sociale |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Clé |\_\_\_\_|

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

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

Catégorie :  A  B  C Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement

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

**SALAIRE**

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	JUIL.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré												
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

Gras Savoie Société de courtage d'assurance et de réassurance  
Siège social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros.  
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>).  
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9