DECLARATION DE SINISTRE

***Pour les agents affiliés à la CNRACL***

**Date de déclaration :** --------- **/** --------- **/** ---------

**Signature et cachet de la collectivité :**

***Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute Garonne***

***590 rue Buissonnière***

***31676 LABEGE CEDEX***

***🕿 05 81 91 93 00 🖹 05 62 26 09 39***

[***assurance@cdg31.fr***](mailto:assurance@cdg31.fr) ***– www.cdg31.fr***

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00

# **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

**Délais de déclaration de sinistres = 90 jours calendaires**

**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 service/Trajet) **MP** (Maladie imputable au service / **TPT** (Temps partiel thérapeutique) **INVAL** (Invalidité temporaire)

Maladie Professionnelle)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de l’arrêt \*** | **Période d’arrêt** | | | |
| **Date d’origine** | **Début** | **Fin** | **Date de reprise** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\*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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

###### Déclaration d’accident du service/TRAJET ou maladie IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

**Utiliser l’imprimé spécifique**