

Déclaration de la collectivité - Demande prestations Contrat Groupe

COLLECTIVITE

Raison sociale :
 Ville : Code postal :
 Contact dans la collectivité : Tél :
 Adresse E-mail du contact :

AGENT

Numéro de sécurité sociale : Clé :
 Nom et prénom
 Date de naissance
 Date d'entrée dans la collectivité Date d'entrée dans la FPT
 Nombre d'enfant(s) à charge :

Statut

CNRACL

Titulaire Stagiaire
 Temps complet Temps partiel Taux
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois :

IRCANTEC

Titulaire Stagiaire Non titulaire
 + 150 h/trimestre - 150 h/trimestre

Service et grade

Cadre d'emploi : Fonction :
 Budget de gestion :

NATURE DU SINISTRE

Maladie ordinaire	Accident de vie privée (recours possible)
Longue Maladie	Accident de service (enquête obligatoire)
Maladie grave (IRCANTEC)	Accident de trajet (enquête obligatoire)
Maladie longue durée	Maladie professionnelle
Temps partiel thérapeutique	Disponibilité d'office
Maternité/ Adoption	Décès
Paternité	

TIERS IMPLIQUE

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers oui non

A compléter quelle que soit la nature du sinistre

Si oui contacter le service assurance

Le

Signature et cachet de la collectivité employeur

PERIODE DE REMBOURSEMENT

RAPPEL : DELAI DE DECLARATION (Date de réception au CDG 22 faisant foi) :

90 jours pour MO – LM/LD – MAT/PAT/ADOP
30 jours pour AT/MP

Arrêt initial Prolongation Rechute

Date du 1^{er} jour d'arrêt

Date du dernier jour d'arrêt

L'arrêt est-il terminé oui non

Date du 1er jour de reprise :

Rappel important :

Conformément aux conditions générales : le signataire certifiant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique) – (article L 114-7, 331-1 et 331-3 du Code Pénal).

Dans le cadre de l'application de la circulaire fp/4 n°2049 du 21 juillet 2003, nous vous rappelons que seuls les volets 2 et 3 en maladie ordinaire peuvent être transmis à nos services.

Justificatifs à joindre à l'imprimé de déclaration de la collectivité

Afin d'assurer une prise en charge optimale de vos sinistres, certains documents doivent obligatoirement être transmis à l'appui de votre demande de remboursement. Ces pièces à joindre diffèrent selon la nature de l'évènement, vous en trouverez, ci-dessous, la liste exhaustive.

Maladie ordinaire

- Certificat médical initial d'arrêt de travail (volet 2 ou 3)
- Bulletins de salaire + décomptes d'indemnités journalières de la CPAM, le cas échéant.

Accident de service

- Certificat médical initial d'accident de travail (volet 1 avec détail des lésions)
- Enquête administrative
- Arrêté administratif d'imputabilité au service de l'accident
- Bulletins de salaire + décomptes d'indemnités journalières de la CPAM, le cas échéant.

Maladie professionnelle

- Expertise médicale
- Certificat médical initial de maladie professionnelle
- Bulletins de salaire + décomptes d'indemnités journalières de la CPAM, le cas échéant

Maternité/Adoption

- Certificat de constatation de grossesse (Maternité) ou copie du passeport de l'enfant (Adoption)
- Arrêté administratif plaçant l'agent en congé de maternité ou d'adoption
- Arrêté administratif plaçant l'agent en congé pathologique le cas échéant
- Bulletins de salaire + décomptes d'indemnités journalières, le cas échéant

Paternité

- Courrier de l'agent stipulant les dates du congé paternité
- Bulletins de salaires
- Décompte de la Caisse des Dépôts et Consignation (agents CNRACL) ou de la CPAM (agents IRCANTEC)

Longue maladie/Longue durée

- Procès-verbal du Comité médical
- Bulletins de salaire

Temps partiel thérapeutique et disponibilité d'office

- Procès-verbal du Comité médical ou de la Commission de réforme
- Bulletins de salaire