Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Aisne

# DECLARATION DE SINISTRE

*Pour les agents affiliés à la CNRACL*

Imprimer | Réinitialiser le formulaire

wtw


CENTRE DE GESTION DE L'AISNE

14 rue Lucien Quittelier

02300 CHAUNY Cedex

assurancestatutaire@cdg02.fr


**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)
**GP** (Grossesse pathologique)
**AT** (Accident du service/Trajet)
**LM** (Longue maladie)
**MAT** (Maternité)
**MP** (Maladie imputable au service / Maladie Professionnelle)
**LD** (Longue Durée)
**CP** (Couches pathologiques)
**TPT** (Temps partiel thérapeutique)
**MDO** (Mise en disponibilité)
**PAT** (Paternité)
**INVAL** (Invalidité temporaire)

| Nature de l'arrêt * | Période d'arrêt / avec et sans franchise | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Date d'origine | Début | Fin | Date de reprise |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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

## SALAIRE

| | Janv. | Fév. | Mars | Avril | Mai | Juin | Juil. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indice majoré | | | | | | | | | | | | |
| NBI | | | | | | | | | | | | |
| Indemnités accessoires | | | | | | | | | | | | |

## DECLARATION D'ACCIDENT DU SERVICE/TRAJET OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

**Utiliser l'imprimé spécifique**