

DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ des absences pour raison de santé

COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Ville : Code postal :
 Numéro de SIRET : Budget de gestion : Classification client :
 Contact dans la collectivité : Téléphone du contact : E-mail du contact :

AGENT

Numéro de SS Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Nombre d'enfants à charge Date de naissance :
 Latéralité de l'agent Droitier Gaucher
 Date d'entrée dans la collectivité : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC AGENTS OPAC

N° CNRACL :
 Titulaire Stagiaire Non titulaire
 Temps complet Temps partiel Taux activité :
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn
 + 200 h/trimestre* - 200 h/trimestre*
 *Tous employeurs confondus

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : Fonction :
 Service (codification interne) : Catégorie hiérarchique A B C Filière(1) (1) Voir codification au verso de la liasse

NATURE DU SINISTRE

- Accident imputable au service
- Trajet aller Trajet retour Accident de circulation
- Maladie professionnelle Numéro MP
 Maladie ordinaire Accident de vie privée
- Longue maladie Maladie grave (Non CNRACL/IRCANTEC)
- Maladie longue durée Contractée en service
- Temps partiel thérapeutique
- Disponibilité d'office Invalidité (AIT) Catégorie
 Maternité Si 3^e enfant ou plus
- Grossesse gémellaire Grossesse de triplés ou plus
- Adoption Adoptions multiples
- Paternité Naissances multiples
- Décès Infirmitté de guerre

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident :
 Heure de survenance : h
 Horaires de travail le jour de l'accident :
 De h à h
 et de h à h
 Activité lors de l'accident (1) Élément matériel (1)
 L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
 L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NON
 Circonstances détaillées, joindre : 1^{er} volet du Certificat Médical Initial de constat des lésions, en cas de reprise le certificat final, enquête administrative, déclaration de l'agent, déclaration de témoin(s), PV de gendarmerie ou de police. (1) Voir codification au verso de la liasse

TIERS IMPLIQUÉ (1)

(1) A compléter quelle que soit la nature du sinistre
 Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

PÉRIODES PRÉSENTÉES AU REMBOURSEMENT

ARRÊT INITIAL PROLONGATION RECHUTE

Date du premier jour à indemniser
 Date du dernier jour à indemniser
 Date de passage à demi-traitement
 L'arrêt est-il terminé ? OUI NON
 Si oui, à quelle date :

TRAITEMENTS MENSUELS

Mois	Indice majoré	Nombre de points NBI	Enfant soumis à SFT	Zone IR.	Indemnités

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) - (articles L. 441-7, L. 313-1 et L. 313-3 du code Pénal).

Le
 Signature et cachet
 de la collectivité employeur

ARRÊT(S) EN MALADIE ORDINAIRE NON DÉCLARÉ(S)

Survenu(s) au cours des 365 jours précédant la ou les période(s) présentée(s) au remboursement. Joindre les certificats médicaux correspondants.

Début	Fin

1^{er} feuillet à retourner à votre Centre de Gestion de la CORSE
 18, cours Napoléon - BP 60321 - 20178 AJACCIO Cedex 1
 2^e feuillet à conserver.