GRAS SAVOYE
Willis Towers Watson

DECLARATION DE SINISTRE

Pour les agents affiliés à la CNRACL

cdg 01

GRAS SAVOYE GROUPE SUD

ADP Secteur Public
TSA 60300
69303 LYON CEDEX 07
Tél. : 05.56.00.90.80

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

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			
	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

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