DECLARATION DE SINISTRE

Pour les agents affiliés à l'IRCANTEC

GRAS SAVOYE

GRAS SAVOYE GROUPE SUD

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

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 :** ----------

Date de naissance : -------- / -------- / -------- **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ - 150 heures / trimestre (au sens Sécurité Sociale)

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) **GM** (Grave maladie) **MAT** (Maternité) **AT** (Accident de Service/Trajet)
MP (Maladie imputable au service / Maladie Professionnelle)

	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												

Joindre les décomptes Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale et les bulletins de salaires pour la période de l'arrêt

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

Utiliser l'imprimé spécifique