

# Déclaration d'arrêt de travail



## Contrat collectivités locales ou territoriales

OUVERTURE DES DROITS

MODIFICATION DE LA NATURE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Collectivité ou établissement : \_\_\_\_\_

Bâtiment, résidence, escalier, étage : \_\_\_\_\_

N° de voie, type et nom de voie : \_\_\_\_\_

Ville, commune : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Bureau distributeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

N° de contrat : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Bâtiment, résidence, escalier, étage : \_\_\_\_\_

N° de voie, type et nom de voie : \_\_\_\_\_

Ville, commune : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Bureau distributeur : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : [ ][ ]

Date d'entrée chez le souscripteur : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Date d'adhésion au contrat : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### Statut

Agent titulaire affilié à la CNRACL.

Agent titulaire affilié à L'IRCANTEC (travaillant moins de 31h30 par semaine).

Agent non titulaire horaire.

Autre agent non titulaire.

Certifié sincère et véritable.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Signature de l'assuré :

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : □□□□□□□□

Si modification de la nature de l'arrêt de travail, en préciser la date : □□□□□□□□

### Nature de l'arrêt de travail

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie ordinaire.                     | <input type="checkbox"/> Mise à disponibilité d'office.      |
| <input type="checkbox"/> Longue maladie.                        | <input type="checkbox"/> Mi-temps thérapeutique.             |
| <input type="checkbox"/> Maladie de longue durée.               | <input type="checkbox"/> Maladie ou accident de service (*). |
| <input type="checkbox"/> Congés de maternité ou d'adoption (*). | <input type="checkbox"/> Allocation d'invalidité temporaire. |
| <input type="checkbox"/> Congés de grave maladie.               |  |

L'arrêt de travail est-il consécutif à un accident causé par un tiers ?  OUI  NON

**Si OUI, l'imprimé "Accident causé par un tiers" devra impérativement être complété par l'assuré et joint à cette déclaration.**

Le salarié a-t-il repris le travail ?  OUI  NON

Si OUI, à quelle date ? □□□□□□□□

Fait à : \_\_\_\_\_ le : □□□□□□□□

Par : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de : \_\_\_\_\_

Certifié sincère et véritable.

Signature :

CACHET DE L'EMPLOYEUR

(\*) Ces rubriques concernent uniquement les contrats garantissant le remboursement des obligations statutaires.

## PIÈCES INDISPENSABLES AU TRAITEMENT DU DOSSIER

Pièces nécessaires	Statut de l'agent		
	Titulaires CNRACL	Titulaires IRCANTEC (sauf horaires) Non titulaires	Non titulaires Horaires
Photocopies des bulletins de salaire	mois concerné par l'indemnisation	mois concerné par l'indemnisation	12 mois précédant l'arrêt
Photocopies des décomptes Sécurité sociale • couvrant la carence (1) • relatif à l'arrêt de travail	non	oui en cas de maladie ordinaire	oui en cas de maladie ordinaire
Copies de l'avis d'arrêt de travail initial ou des avis de prolongation • couvrant la carence (1) • relatif à l'arrêt de travail	oui en cas de maladie ordinaire	non	non
Certificat médical (*)	oui	oui	oui
Photocopies des avis du comité médical départemental ou de la commission départementale de réforme	oui sauf en cas de maladie ordinaire	oui sauf en cas de maladie ordinaire	oui sauf en cas de maladie ordinaire
Photocopie de la carte nationale d'identité comportant la mention "non décédé" et certificat médical précisant la date d'accouchement ou certificat d'adoption	oui si maternité ou adoption	oui si maternité ou adoption	oui si maternité ou adoption
Avis de la caisse primaire d'assurance maladie renouvelable tous les 6 mois	oui en cas d'allocation d'invalidité temporaire	non	non

(\*) Sauf si vous n'avez pas encore bénéficié de 30 jours d'indemnisation au titre du contrat.

Les pièces relatives à la maternité ou à l'allocation d'invalidité ne concernent que les contrats en remboursement des obligations statutaires.

- Relevé d'identité bancaire ou postal de l'employeur.
- Et, le cas échéant, l'imprimé "accident causé par un tiers".

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

(1) Périodes maintenues à 100 % par l'employeur sur les 12 mois consécutifs précédant l'arrêt de travail.

