



1 - DÉCLARATION INITIALE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

A compléter par l'employeur et à retourner à l'adresse ci-dessous
declarationrh@grassavoie.com

Nom de l'Employeur :

ASSURE(E)

Nom et Prénom de l'assuré(e) : _____

Catégorie :

CNRACL IRCANTEC Droit Public IRCANTEC Droit Privé Assistants familiaux

Adresse: _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Date d'entrée dans la Collectivité : _____

ARRET DE TRAVAIL

Date d'origine de l'arrêt : _____

Nature de l'arrêt :

Maladie ordinaire Longue Maladie Grave maladie
 Maladie de longue durée Invalidité Mise en disponibilité

Y a-t-il un tiers responsable ? (recours) Oui Non

S'agit-il d'une rechute ? Oui Non

Période d'arrêt du : _____ au _____

Période à indemniser du : _____ au _____



ATTENTION : Vous devez impérativement nous déclarer la date de reprise de votre agent

- Ci-contre si déjà connue à la date de déclaration du l'arrêt _____

- Ou à l'adresse mail suivante si non connue à la date de déclaration du l'arrêt :

declarationrh@grassavoie.com

Liste des arrêts survenus au cours des 365 jours précédent la date de l'arrêt

ANTERIORITE (indiquez la nature de l'arrêt)	PERIODES DE PLEIN TRAITEMENT	
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>

Indemnisation du régime Indemnitare

Nature de la prime	Périodes d'arrêt impactant la perte du régime indemnitare	Montant de la prime en activité	Montant de la prime perçue en ½ traitement
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	
	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	

Nom du gestionnaire RH à contacter pour toute Information complémentaire :

Nom du signataire et cachet de la Collectivité :

Fait le ___ / ___ / _____

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- Fiche de salaire où apparait le demi-traitement de la période à indemniser
- Fiche de salaire pour un mois normal d'activé
- Tout document à caractère administratif indiquant notamment la nature et la durée d'interruption (arrêté, décision...)
- Copie du certificat médical initial et des Avis du Comité Médical
- Copie des décomptes Sécurité Sociale uniquement pour les IRCANTEC

Conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez vous adresser à Gras Savoye.

Gras Savoye - Société de courtage d'assurance et de réassurance
 Gras Savoye Berger Simon - Filiale du Groupe Gras Savoye

Siège social : Centre Commercial Saint Jacques - 5 Entrée Serpenoise - 57041 METZ CEDEX 01 - Tél 03.87.37.41.41 - Fax : 03.87.37.41.01 - <http://www.grassavoye.com>
 S.A.S. au capital de 2.757.900 euros - 399 182 443 R.C.S. Metz - N° FR 39 399 182 443. Intermédiaire immatriculé à l'Orias sous le N° 07 023 220 (<http://www.orias.fr>)
 Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 Paris