

## 2 - PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

A compléter par l'employeur et à retourner à l'adresse ci-dessous  
[declarationrh@grassavoie.com](mailto:declarationrh@grassavoie.com)

**Nom de l'Employeur :** \_\_\_\_\_

**Numéro de sinistre figurant sur le justificatif de règlement** \_\_\_\_\_

ASSURE(E)

Nom et Prénom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

ARRÊT DE TRAVAIL

Nature de l'arrêt :  Maladie ordinaire  Longue Maladie  Grave maladie  
 Maladie de longue durée  Invalidité  Mise en disponibilité

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 [declarationrh@grassavoie.com](mailto:declarationrh@grassavoie.com) si non connue à la date de déclaration de l'arrêt

### 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 _____ Au _____		
	Du _____ Au _____		
	Du _____ Au _____		
	Du _____ Au _____		

Nom du gestionnaire RH à contacter pour toute Information complémentaire : \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du signataire et cachet de la Collectivité : \_\_\_\_\_

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT**



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