



2 - PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

A compléter par l'employeur et à retourner à l'adresse ci-dessous
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 : _____

ARRET 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 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 apparait 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