Demande de Prestations
Pour les agents affiliés à la CNRACL

Merci de retourner ce formulaire au CDG60, Service Gestion Contrat Groupe, 2 Rue Jean Monnet – PAE du TILLOY – BP 20807 – 60008 BEAUVAIS cedex

Date de la déclaration : ____/____/____

Cachet de La collectivité

Signature

Attention, toutes les données sont obligatoires

Agent

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Clé** |_|_|

Nom marital ..... Entrée dans la collectivité ____/____/____ ❑ Temps Complet

Nom de jeune fille ..... Enfant(s) à charge (au Sens Sécu) ..... ❑ Temps Partiel .....%

Prénom ..... Enfant(s) ouvrant droit au SFT ..... ❑ Temps non Complet .....heures/mois

Catégorie : A ❑ B ❑ C ❑

Date de Naissance ____/____/_____ Sexe M ❑ F ❑

❑ CPA

CE DOCUMENT DOIT ETRE ADRESSE AU CDG60 DANS UN DELAI DE 30 JOURS A COMPTER DE LA DATE DE SURVENANCE DE L'EVENEMENT.

Sinistre

- **AT** (Accident du Travail) - **MAT** (Maternité) - **LM** (Longue Maladie) - **LD** (Longue Durée) - **MO** (Maladie Ordinaire)

MP (Maladie Professionnelle) **GP** (Grossesse Pathologique) **CP** (Couches Pathologique) **MDO** (Mise en Disponibilité) **MTT** (Mi-Temps Thérapeutique)

Nature de l'arrêt*	Périodes d'arrêt			
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein Traitement Demi Traitement

*** Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc.)**

Salaire

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice Majoré												
NBI												
Indemnités accessoires												

Joindre les bulletins de salaire pour la période de l'arrêt et les pièces justificatives.

Déclaration d'accident du travail ou Maladie Professionnelle

Utiliser l'imprimé spécifique.