

Déclaration des absences pour raison de santé



COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Numéro de SIRET :
Adresse :
Ville : Code postal : Budget de gestion : Classification client :
Contact dans la collectivité : Téléphone du contact : E-mail du contact :

AGENT

Numéro de SS : Date de naissance :
Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Nombre d'enfants à charge : Latéralité de l'agent Droitier Gaucher
Date d'entrée dans la collectivité : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC AGENTS OPH
N° CNRACL :
 Titulaire Stagiaire Titulaire Stagiaire Agent contractuel de droit public
 Temps complet Temps partiel Taux activité :
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn
*Tous employeurs confondus

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : Service (codification interne) :
Métier : Catégorie hiérarchique A B C Filière :

NATURE DU SINISTRE

Accident imputable au service
 Trajet aller Trajet retour Accident de circulation
 Maladie professionnelle Numéro MP :
 Maladie ordinaire Accident de vie privée
 Longue maladie Maladie grave (Non CNRACL/IRCANTEC)
 Maladie longue durée Contractée en service
 Temps partiel thérapeutique
 Disponibilité d'office Invalidité (AIT) Catégorie :
 Maternité Si 3^e enfant ou plus
 Grossesse gémellaire Grossesse de triplés ou plus
 Adoption Adoptions multiples
 Paternité Naissances multiples
 Décès Infirmité de guerre

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident :
Heure de survenance : h
Horaires de travail le jour de l'accident :
De h à h
et de h à h
L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NON
Circonstances détaillées, joindre : 1^{er} volet du Certificat Médical Initial de constat des lésions, en cas de reprise le certificat final, enquête administrative, déclaration de l'agent, déclaration de témoin(s), PV de gendarmerie ou de police.

TIERS IMPLIQUÉ⁽¹⁾

⁽¹⁾ À compléter quelle que soit la nature du sinistre
Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Contrat assurance automobile ou responsabilité civile de l'agent :
Nom :
Adresse :
Contrat N° :
Contrat assurance automobile ou responsabilité civile du tiers :
Nom :
Adresse :
Contrat N° :

PÉRIODES PRÉSENTÉES AU REMBOURSEMENT

ARRÊT INITIAL PROLONGATION RECHUTE
Date du premier jour à indemniser :
Date du dernier jour à indemniser :
Date de passage à demi-traitement :
L'arrêt est-il terminé ? OUI NON
Si oui, à quelle date :

ARRÊT(S) EN MALADIE ORDINAIRE NON DÉCLARÉ(S)

Survenu(s) au cours des 365 jours précédant la ou les période(s) présentée(s) au remboursement. Joindre les certificats médicaux correspondants.
Début **Fin**
.....
.....
.....

Le
Signature et cachet de la collectivité

Rappel important : Conformément aux Conditions Générales : Le signataire certifiant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique) (articles L. 441-7, L. 313-1 et L. 313-3 du code Pénal).

CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES			
AD	Administrative	TE	Technique
CU	Culturelle	ME	Médico-Technique
AN	Animation	SO	Soignante et éducative
SA	Sanitaire et Sociale	PO	Police
SP	Sportive	PP	Pompiers
SE	Sécurité		

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'assureur et le délégataire sont chacun responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

La licéité de ces traitements repose sur l'intérêt légitime du responsable du traitement, les traitements mis en œuvre étant nécessaires :
- à l'exécution du marché/contrat attribué par votre collectivité à l'assureur et au délégataire,
- ainsi qu'à la transmission à votre collectivité d'informations relatives à son contrat ainsi qu'aux services proposés par le délégataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité principale la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance statutaire souscrit par votre collectivité, et pour finalité accessoire la gestion de la liste de distribution des mailings et e-mailings.

Elles sont destinées aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres ainsi qu'aux équipes du prestataire en charge des services associés au contrat d'assurance (contrôles médicaux, recours contre tiers responsable).

Elles sont également destinées aux services / équipes du délégataire en charge de la relation clients ainsi que de la communication.

Le renseignement des rubriques vous concernant (contact collectivité) est facultatif ; il permet de faciliter le suivi de la gestion des dossiers de sinistres.

Vos données sont conservées pendant la durée du contrat d'assurance souscrit par votre employeur, augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Sauf exceptions particulières liées à la nature du traitement, vous disposez également du droit à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime ou sur une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière, à moins que le traitement soit justifié par :

- l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ;
- ou
- la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant votre Centre de Gestion (coordonnées au recto du document).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la C.N.I.L. :

- 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.
- Téléphone : 01 53 73 22 22