

Règles d'or pour le remboursement des arrêts de travail

Dans le cadre d'accident de service et d'accident de trajet

- 1** Chaque demande de remboursement, y compris les prolongations, doit faire l'objet d'une "Déclaration de la collectivité" dûment complétée et doit être transmise dans les délais prévus au contrat ^(a)
- 2** Le délai maximal de déclaration est de ... jours (à compléter à l'aide de vos conditions générales).
- 3** Le délai d'envoi des procès verbaux de la Commission de Réforme si elle est saisie est de ... jours (à compléter à l'aide de vos conditions générales) à compter de la date de séance.
- 4** La déclaration doit être accompagnée des justificatifs mentionnés dans le tableau ci-dessous ^(a).
- 5** Pour bien la remplir, munissez-vous du dossier individuel de l'agent et d'un bulletin de salaire.
- 6** Tous les champs doivent obligatoirement être remplis pour que la déclaration soit prise en compte dans les délais prévus au contrat.
- 7** Pour les prolongations d'arrêt de travail, pensez à transmettre les justificatifs médicaux accompagnés d'une copie du bulletin de salaire de l'agent pour la période concernée par l'arrêt.
- 8** Vous trouverez au dos des précisions concernant la déclaration.

(a) Afin de respecter les délais de déclaration prévus dans votre contrat d'assurance, il n'est pas nécessaire d'attendre les bordereaux de la CPAM pour déclarer les arrêts de travail des agents non CNRACL. Ces relevés pourront être transmis ultérieurement, dès réception par la collectivité.

| Documents originaux à fournir | CNRACL | | NON CNRACL |
|--|---|---|---|
| | Indemnités journalières | Prestations en nature | Indemnités journalières |
| Déclaration de la collectivité* | OUI | OUI | OUI |
| Bulletin de paie (copie) | OUI | NON | OUI |
| Certificat médical initial, prolongation(s), final ⁽¹⁾ | OUI ⁽⁶⁾ | OUI ⁽⁶⁾ | OUI ⁽¹⁾ |
| Décision administrative et/ou Avis de la Commission de Réforme (copie) | OUI | OUI ⁽²⁾ | OUI |
| Attestation ministère des anciens combattants | NON | OUI ⁽³⁾ | NON |
| Décompte d'indemnités CPAM | NON | NON | OUI |
| Enquête administrative de la collectivité (copie) | OUI ⁽⁴⁾ (si prévue contractuellement) | OUI ⁽⁴⁾ (si prévue contractuellement) | OUI ⁽⁴⁾ (si prévue contractuellement) |
| Rapport de gendarmerie ou PV de police ⁽⁵⁾ | OUI | NON | OUI |

(1) Joindre également ceux correspondant à la période de franchise éventuelle

(2) OUI : si rechute, cure thermale ou prothèses
(3) OUI : si prothèse ou appareillage

(4) Joindre également les déclarations écrites de l'agent et des témoins
(5) En cas d'accident

(6) Certificat de constat des lésions ou prolongation de soins et tous les justificatifs médicaux

* Sauf si la déclaration est saisie sur internet

8 Précisions concernant la déclaration d'accident de service et d'accident de trajet

Le titre :
Nouvelle appellation de votre formulaire de déclaration :
"Déclaration de la collectivité des absences pour raison de santé"

Informations sur l'agent :
Le code grade correspond à la nomenclature des emplois territoriaux (NET), utilisée également pour établissement des bilans sociaux

Service (codification interne) :
vous pouvez utiliser une codification propre à votre collectivité (par exemple le nom du gestionnaire en charge du dossier, le service de l'agent...)

Nature du sinistre :
les natures indiquées en gras correspondent à un sinistre. Les autres permettent d'affiner (ou de compléter) la sélection effectuée précédemment.

Tiers impliqué :
quelle que soit la nature du sinistre, un ou plusieurs tiers peuvent être éventuellement détectés

Informations sur la collectivité :
ces informations sont optionnelles en fonction du contrat souscrit.

Classification client :
a pour vocation d'offrir à la collectivité la possibilité de souscrire une couverture assurantielle spécifique à une sous-population des agents lorsque les critères classiques (statut de l'agent, caisse de retraite, budget de gestion, etc) ne suffisent pas (cf. votre contrat).

Budget de gestion :
a pour vocation d'offrir à la collectivité la possibilité de disposer de flux financiers "détaillés" ou "ventilés" par budget (en lien avec sa gestion comptable éventuellement).

Codification au verso de la liasse

ANNEXE 1

DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ des absences pour raison de santé

COLLECTIVITÉ/ÉTABLISSEMENT
Raison sociale : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Numéro de SIRET : _____ Budget de gestion : _____ Classification client : _____
Contact dans la collectivité/établissement : _____ Téléphone du contact : _____ Email du contact : _____

AGENT
Numéro de 55 : _____ Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____ Nombre d'enfants à charge : _____ Date de naissance : _____
Latéralité de l'agent Droitier Gaucher
Date d'entrée dans la collectivité/établissement : _____ Date d'embauche dans la fonction publique : _____

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC AGENTS OPAC
N° CNRACL : _____
 Titulaire Stagiaire Non titulaire
 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 : _____ Fonction : _____
Service (codification interne) : _____ Catégorie hiérarchique A B C Filière (1) : _____ Voir codification au verso de la liasse

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 triples ou plus
 Adoption Adoptions multiples
 Paternité Naissances multiples
 Décès Infirmité de guerre

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT
Date de l'accident : _____ h _____ mn
Heure de survenance : _____ h _____ mn
Horaires de travail le jour de l'accident :
De _____ h _____ mn à _____ h _____ mn
et de _____ h _____ mn à _____ h _____ mn
Activité lors de l'accident (1) : _____ Élément matériel (1) : _____
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 expertise le certificat final, enquête administrative, déclaration de l'agent, déclaration de témoin(s), PV de gendarmerie ou de police. (1) Voir codification au verso de la liasse

TIERS IMPLIQUÉ (1)
(1) A 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 de 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 _____

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).

Signature et cachet de la collectivité/établissement employeur, _____

1^{er} feuillet à retourner : CNP Assurances - Service des Collectivités Locales - B.P. 9 - 95206 SARCÈLLES CEDEX
2^e feuillet à conserver