

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE
DEMANDE DE PRESTATIONS INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
COMPLÉMENT DE DOSSIER

(Document à compléter par la collectivité dont dépend l'adhérent)

Collectivité : _____ N° du département Agence MNT _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Type du congé de maladie : _____

Date de départ de l'arrêt de travail en cours : _____

Date du passage à demi-traitement : _____

Périodes à indemniser :

--

Date de reprise :

OBSERVATIONS :

--

Montant de la participation de l'employeur (en €) :

Montant total de la cotisation à plein traitement (Agent+Employeur) (en €) :

Si vous ne disposez pas des éléments ci-dessus, merci de bien vouloir nous indiquer :

Taux de participation (en %) :

Conformément à la loi Informatique et Libertés modifiée du 06.01.1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant en nous écrivant : MNT, 4 rue d'Athènes 75009 PARIS.

Fait à _____ le _____

Signature et **cachet** de la Collectivité

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

_____ @ _____

PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT :

- Le bulletin de salaire
- Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale : les décomptes des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (même en cas de subrogation)
- Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêté municipal ou de la Commission de réforme.

DOSSIER À DÉPOSER SUR AGIRHE