



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

PRESTATION COMPLÉMENT PERTE DE TRAITEMENT OU SALAIRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

MES COORDONNÉES

Numéro d'adhésion MGAS _____

Mme M. Nom d'usage _____ Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Informations personnelles vous concernant :

Adresse _____

Complément _____ Lieu-dit _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

Téléphone _____ Portable _____ E-mail _____

MA DEMANDE DE PRESTATIONS

Mon statut

Agent titulaire de la Fonction Publique Agent contractuel de la Fonction Publique Autre situation : _____

Motif de mon arrêt

Maladie non professionnelle Maladie professionnelle Accident du travail Accident de la vie privée

S'il s'agit d'un accident, met-il en cause un tiers responsable ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les nom, prénom du tiers responsable et coordonnées de son assureur : _____

Nature de mon arrêt

Congé de Maladie Ordinaire Congé de Longue Maladie Congé de Longue Maladie Fractionné Congé de Longue Durée Disponibilité d'Office pour raison de santé Mi-temps thérapeutique

Date initiale de l'arrêt de travail prescrit par mon médecin pour cette pathologie : ___/___/_____

La pathologie est-elle en lien avec des arrêts antérieurs ? Oui Non Si oui, à quelle date les 1^{ers} symptômes ont-ils été constatés ? ___/___/_____

Avez-vous repris votre travail ? Oui Non Si oui, à quelle date ? ___/___/_____

Information obligatoire sur mon arrêt

J'ai perçu, je perçois ou suis susceptible de percevoir des prestations :

de la Sécurité sociale du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers (CGOS) de tout autre institution ou organisme public ou privé de Prévoyance

LISTE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE

- ✓ La présente demande de prestation intégralement complétée et signée,
- ✓ Les décisions ou arrêtés administratifs de passage à demi-traitement,
- ✓ Le dernier bulletin de salaire en activité normale de service,
- ✓ Pour les agents de la Fonction Publique Hospitalière uniquement, l'attestation de fin de droits du Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS)

ADRESSE DE RETOUR

Pour une prise en charge rapide de votre demande, nous vous recommandons de nous retourner l'ensemble des documents par e-mail à l'adresse : prevoyance@mgas.fr

Vous pouvez également nous les adresser par courrier postal à l'adresse : **MGAS Prévoyance - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15**

Je m'engage à rembourser la MGAS si une décision de l'Administration me rétablit rétroactivement à plein-traitement pour les périodes indemnisées ou si j'ai perçu des prestations supérieures à mon plafond de garanties et/ou à ma perte réelle de traitement ou de salaire net. J'ai noté que la mutuelle se réserve le droit de soumettre à contrôle médical tout(e) adhérent(e) qui formule une demande ou bénéficie de prestations pour vérifier les circonstances de l'arrêt de travail. Je suis avisé que, conformément à la notice de mon contrat, mes prestations servies sont calculées à partir de l'indice brut qui a été utilisé pour le calcul des cotisations.

Je soussigné(e), _____ certifie l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à _____ Le ___/___/_____ Signature originale manuscrite de l'adhérent(e) :
précédée la mention «Lu et approuvé»

