

**COLLECTIVITÉ:** ..... **VILLE:** ..... **DEPT:** .....

## AGENT

Madame  Monsieur

N° SS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ..... Nombre d'enfant(s) à charge (sens fiscal) : .....

Situation de famille :  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie Maritale  Célibataire  Veuf (ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## STATUT

Agent titulaire ou stagiaire

Agent non titulaire (affilié à l'IRCANTEC)

Affilié à la CNRACL

Assistante Maternelle ou familiale

Affilié à l'IRCANTEC

Salarié de droit privé

Date d'entrée dans la fonction publique : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Temps de travail défini dans le cadre du placement en invalidité : [ ] [ ]

Date d'entrée dans la collectivité : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## NATURE DE L'ÉVÉNEMENT

Motif du décès :  Maladie  Accident  Cause naturelle  Autre

Date du décès : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Le salarié était-il en arrêt de travail avant son décès?  Oui  Non

Date de l'arrêt de travail : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## DÉCÈS CONJOINT/ENFANT

Nom, prénom de la personne décédée : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Date de décès : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom et adresse du notaire chargé de la succession : .....

## DÉCLARATION DES SALAIRES

Mois (précédant la date d'origine de l'arrêt de travail)	Traitement indiciaire	NBI	Régime indemnitaire	TOTAL
M-1	<b>Nous faire parvenir la copie des 12 bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail du fait générateur</b>			
M-2				
M-3				
M-4				
M-5				
M-6				
M-7				
M-8				
M-9				
M-10				
M-11				
M-12				
Total				

*Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant, par écrit, au siège de COLLECTeam, courtier en assurance de personnes. Les informations nominatives recueillies seront utilisées pour la gestion des prestations du contrat, l'identification des irrégularités et la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière.*

**Fait à :** ..... **Signature et cachet de la collectivité**  
**Le :** .....