

Maladie ordinaire

Agent IRCANTEC

Éléments à transmettre au CDG31

✉ assurance@cdg31.fr

EMPLOYEUR

Dénomination :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Nom et fonction du correspondant :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Dans le cadre de la confidentialité, merci de préciser le nom de la personne à contacter, en votre absence.

Nom et fonction du correspondant :

Téléphone :

AGENT À CONTRÔLER

Nom et prénom :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du contrôle où l'agent peut être visité :

Numéro Voie

Bâtiment

Lieu-dit CP BP-Cedex

Localité

Téléphone fixe : Portable :

Grade : Poste occupé :

ARRÊT DE TRAVAIL

Maladie ordinaire :

Initial

Prolongation

Date d'origine de l'arrêt :

Date de din de l'arrêt :

Denière prolongation prescrite : du _____ au _____

Nom du médecin prescripteur :

Exerçant à :

Généraliste

Spécialiste en :

Sorties inscrites sur le certificat médical :

Sorties autorisées / présence à domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h

Sorties sans restriction

Activité(s) autorisée(s) :

Dans le cadre de sorties libres, un rendez-vous sera communiqué à l'agent, par le courtier mandataire

WILLIS TOWERS WATSON, afin que celui-ci se soumette à la contre-visite.

Ce rendez-vous sera adressé à l'agent par Lettre Suivie et SMS.

Frais Déplacement : (Dans le cas où l'agent devrait se déplacer au cabinet médical du médecin)

«Conformément à l'article 41 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, les frais de transport de l'agent dans le cadre d'une expertise médicale auprès d'un médecin agréé sont à la charge de la collectivité.»

CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

Date de la demande :

Nom de la structure employeur :

Cachet et signature :