CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE

☐ **DEMANDE DE CONTRE-VISITE**

☐ **DEMANDE D'EXPERTISE MÉDICALE**

COLLECTIVITÉ

Raison sociale : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Nom du correspondant : …… Fonction : ……

Tél. : …… Fax : …… E-mail : ……

La collectivité autorise MEDIVERIF à transmettre les conclusions administratives au gestionnaire délégataire désigné par l'assureur.

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

Nom : …… Fonction : ……Tél. : ……

AGENT À CONTRÔLER *(à remplir obligatoirement)*

Nom : …… Prénom : ……

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ CNRACL ☐ NON CNRACL ☐ SPV

Merci d'indiquer l'adresse où l'agent peut être visité :

Adresse : ……

Lieu-dit / Quartier : ……

Tél. : …… Fax : …… E-mail ……

Bât. : …… Étage : …… Esc. : …… N° d'appart. : …… Digicode : ……

Code postal : …… Ville : ……

Tél. : …… Chez : ……

ÉVÈNEMENT / NATURE DE L'ARRÊT *(à remplir obligatoirement)*

☐ Maladie ☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Longue maladie / longue durée ☐ Maladie professionnelle

Arrêt en cours (oui/non) : ……

Date de début : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Date de fin : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Sortie inscrite sur le certificat médical *(à remplir uniquement pour une demande de contre-visite médicale)*

☐ Sorties non autorisées ☐ Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h ☐ Libres *(Indiquer coordonnées téléphoniques de l'agent pour convocation)*

☐ Autre type de sortie : de …… h à …… h

Éléments qui motivent la demande d'expertise ***(à remplir obligatoirement)***

……

……

……

Pièces justificatives à joindre à votre demande pour toute maladie imputable au service :

- Fiche de poste de l'agent et historique de carrière
- Rapport du médecin de prévention
- Courrier de demande de reconnaissance de Maladie Professionnelle de l'agent

Tous les documents relatifs à l'événement doivent être en possession de votre gestionnaire. Si tel n'est pas le cas, merci d'annexer les pièces manquantes à cet imprimé.

Nom du médecin prescripteur (facultatif) : ……

Exerçant à : …… ☐ Généraliste ☐ Spécialiste

Élément à transmettre à votre Centre de Gestion par e-mail

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Cachet et signature :

VIV_FOR_COLLOC_OCT_2017

Service réalisé par la société MEDIVERIF

Les contrôles médicaux et les expertises ne sont pas facturés à l'employeur public s'ils sont réalisés sur des risques assurés.

Il est possible de réaliser des contrôles médicaux ou expertises sur les risques non-assurés à titre onéreux (La tarification applicable au 01/01/2018 : 90 euros HT par contrôle et 185 euros HT par expertise auxquels s'ajoutent 8 euros HT en cas de convocation par lettre recommandée avec accusé de réception, 27 euros HT en cas de convocation par Chronopost® ou 17 euros HT en cas de convocation par télégramme. Cette tarification est susceptible d'être modifiée chaque année).