

Expertise médicale – Contrat Groupe

Uniquement sur accident ou maladie professionnelle

Éléments à transmettre par mail : assurances@cdg22.fr



Direction Prévention et Santé au Travail
Service : Assurance des risques statutaires
Contact : 02.96.58.00.73 / 02.96.58.64.29
Fax : 02.96.58.63.61
david.collet@cdg22.fr

EMPLOYEUR

Collectivité ou établissement :

Nom et fonction du correspondant :

Tél. : Mail :

AGENT A EXPERTISER

Nom et Prénom :

Numéro de sécurité sociale : Clé

Adresse :

Ville : Code postal :

Tél. fixe : Tél. mobile :

Grade :

Agent CNRACL

Non CNRACL

MOTIF DE LA DEMANDE

Accident de service ou de trajet Rechute d'accident de service/maladie professionnelle
Maladie professionnelle Prise en charge des frais médicaux

◆ Date d'origine de l'arrêt : Arrêt en cours jusqu'au :

◆ **Éléments qui motivent la demande d'expertise (à remplir systématiquement) :**

.....
.....
.....

PIECES A FOURNIR

Pour un accident de service, de trajet ou une rechute d'accident	Pour une maladie professionnelle
Enquête administrative ou rapport hiérarchique Certificat médical initial (mentionnant le siège de la blessure et la nature des lésions) Prolongation d'arrêt Fiche de poste Courrier de l'agent (présentant les circonstances de la rechute)	Demande de reconnaissance de MP par le médecin traitant avec CMI (mentionnant le siège de la blessure et la nature des lésions) Courrier de l'agent (demandant une MP) Enquête administrative ou rapport hiérarchique Fiche de poste Avis du médecin de prévention

Nom du demandeur Cachet et signature de l'autorité territoriale

Date