

## GRAS SAVOYE GROUPE SUD

ADP Public - Collectivités Locales  
TSA 60300  
69303 LYON CEDEX 07  
Tél. : 05.56.00.90.80

Fax : 05.56.00.90.81



## ELEMENTS A TRANSMETTRE A GRAS SAVOYE

### COLLECTIVITE

Raison Sociale : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : ..... Tél : .....  
Nom du correspondant : ..... Fonction : .....  
Tél : ..... Fax : .....  
Email : .....

### AGENT A EXPERTISER

Nom : ..... Prénom : .....  
Numéro sécurité sociale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Clé | \_ | \_ |  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : ..... Tél : ..... Port : .....  
Prochaines dates d'indisponibilité ou de congés payés de l'agent dans les 3 prochains mois (Obligatoire, en cas de non précision, aucune date d'expertise ne sera fixée) : .....  
 CNRACL       Non CNRACL       SPV

### SINISTRE

Nature du sinistre  
 Accident du travail    Maladie professionnelle    Maladie ordinaire    Congé LM/LD  
Date d'origine : ..... / ..... / .....   Date de rechute : ..... / ..... / .....

### OBJECTIF DE LA MISSION (Cocher les cases correspondantes)

- Se prononcer sur l'imputabilité des arrêts et soins
- Les arrêts et les soins relèvent-ils d'un état pathologique préexistant ou d'une affection indépendante qui évolue pour son propre compte ?
- Fixer la date de guérison avec retour à l'état antérieur ou avec risque de rechute ou date de consolidation
- Les soins post consolidation sont-ils imputables ? En fixer la durée et la nature
- Fixer le taux d'IPP selon le code des pensions civiles et militaires
- La reprise du travail est-elle possible au poste habituel ?
  - Si oui, à quelle date et dans quelles conditions ?
  - Si non, l'agent est-il inapte totalement et définitivement à toutes les fonctions ?

#### Demandes complémentaires dans le cadre d'une Rechute :

- Cette demande de rechute correspond-elle à la définition suivante : « **la rechute est définie comme la récurrence ou l'aggravation subite et naturelle de l'affection initiale après sa consolidation sans intervention d'une cause extérieure** » (Cour administrative d'appel de Douai, 2e, 26/03/2013, n°11DA01875) ?
- Les lésions décrites sur le certificat médical sont-elles en rapport direct, certain et total avec le certificat médical initial de l'AT ?

#### Demande complémentaire dans le cadre d'une maladie professionnelle :

- Préciser la date d'origine et le numéro de la maladie professionnelle

**Eléments particuliers motivant la demande d'expertise :**

- Hospitalisation lourde ou séjour de réadaptation fonctionnelle : .....
- Appareillage divers (kinésithérapie, dentaire, auditif, ...) : .....
- Autre (à remplir obligatoirement) : .....

- Orientation sur la spécialité médicale : .....

**Commentaires :** .....

**LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE LORS DE CHAQUE DEMANDE**

- Déclaration de sinistre (sauf si le document a déjà été transmis)
- Certificats médicaux (sauf si les documents ont déjà été transmis)
- Fiche de poste (pour une reconnaissance en maladie professionnelle)
- Conclusions administratives (si agent déjà expertisé)
- Devis ou facture

**Date de la demande :** ..... / ..... / .....

**Cachet et signature :**