

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES (ATIACL)

■ Première demande / Nouvel évènement

Liste des pièces à fournir obligatoirement

- Un relevé d'identité bancaire (BIC/IBAN) récent établi au nom de l'agent (ou compte joint)
- Le présent dossier administratif ATIACL complété, daté et signé
- Le(s) rapport(s) hiérarchique(s) de chaque évènement
- Le certificat médical initial de chaque évènement
- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant la consolidation et le(s) taux d'IPP
- Le procès-verbal du conseil médical statuant sur la consolidation et le(s) taux d'IPP ..

Pour les accidents de trajet :

- Un plan (type carte routière) indiquant les lieux du travail, du domicile et de l'accident

Pour les maladies professionnelles :

- Un rapport de la médecine du travail ou de prévention

Liste des pièces facultatives :

- *Le certificat médical final*
- *La fiche du poste occupé par l'agent au moment de la déclaration de l'évènement*

■ Révision quinquennale / Révision radiation des cadres

Liste des pièces à fournir obligatoirement

- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant le(s) taux d'IPP

Si taux maintenu :

- L'accord de l'agent daté et signé

Si taux modifié :

- Le procès-verbal du conseil médical

■ Révision sur demande

Liste des pièces à fournir obligatoirement

- L'intégralité du rapport médical du médecin agréé fixant la consolidation et le(s) taux d'IPP
- La demande de révision datée et signée par l'agent
- Le récépissé par la collectivité du dépôt de la demande
- Le procès-verbal du conseil médical

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Monsieur Madame

Date de naissance ___ / ___ / ____

Numéro de sécurité sociale _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____

Commune _____

Date d'entrée dans la collectivité ___ / ___ / ____

Date de nomination en qualité de stagiaire ___ / ___ / ____

Date de titularisation ___ / ___ / ____

Emploi et grade _____

Date de radiation des cadres ___ / ___ / ____

Motif _____

L'agent bénéficie-t-il déjà d'une ATIACL ?

Oui
Non

N°dossier _____

L'agent bénéficie-t-il d'une ATI-ETAT ?

(Dans l'affirmative, fournir le justificatif d'attribution ainsi que le rapport hiérarchique)

Oui
Non

N°dossier _____

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Raison sociale	-----
Numéro SIREN - SIRET	-----
Adresse	----- ----- -----
Code Postal	-----
Commune	-----

Nom de l'agent instruisant le dossier	-----
Service instructeur	-----
Téléphone	-----
Poste	-----
Adresse e-mail	-----

DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Je soussigné(e), M _____, ai l'honneur de solliciter le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, accordée aux fonctionnaires stagiaires ou titulaires, en vertu des dispositions prévues par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005¹.

J'ai été accidenté(e) le(s)

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

Je suis atteint(e) d'une ou plusieurs maladie(s) d'origine(s) professionnelle(s) constatée(s) le(s)

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

__ / __ / _____,

Fait à _____, le __ / __ / _____

(Signature de l'agent)

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données à caractère personnel recueillies sont destinées à la gestion des prestations dues et ne peuvent être communiquées à des tiers non autorisés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données à caractère personnel auprès du Directeur des Retraites et de la Solidarité, Caisse des dépôts et consignations, 2, avenue Pierre Mendès France, 75013 Paris.

¹ (Art. 3) La demande doit être généralement établie dans le délai d'un an à compter de la date de reprise des fonctions ou de la date de consolidation. Si une demande a été antérieurement formulée sur papier libre, la joindre au dossier.

DECISION DE L'EMPLOYEUR

ARRÊTE ou DECIDE¹ l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité

Le _____²,

Vu le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005,

Vu l'avis du conseil médical du ___ / ___ / _____³

Sous réserve de l'avis conforme de la Caisse des dépôts et consignations prévu à l'article 6 du décret du 2 mai 2005,

ARRÊTE ou DECIDE

Qu'il est attribué à :

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ NIR : _____

qui a repris ses fonctions le : ___ / ___ / _____ une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales dans les conditions prévues par les textes susvisés.

A _____, le ___ / ___ / _____

(Signature et cachet)

¹ Rayer la mention inutile : décision pour les collectivités hospitalières, arrêté pour les collectivités territoriales

² Autorité ayant pouvoir de nomination

³ Retenir la date de la séance du conseil médical ayant statué sur le taux d'invalidité et la date de consolidation

RECAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES ARRETS DE TRAVAIL

Dates des accidents ou maladies professionnelles ¹	Dates des arrêts de travail	Motifs (CAT, CLM, CMO, CLD, congés, etc..)	Date de reprise effective (A compléter obligatoirement)
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris
__ / __ / ____	Du __ / __ / ____ Au __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Aucun arrêt	Le __ / __ / ____ ou <input type="checkbox"/> non repris

Le représentant de la collectivité employeur certifie l'exactitude des renseignements contenus dans le présent dossier.

A _____, le __ / __ / ____
(Signature et cachet de l'autorité hiérarchique)

¹ Accidents(s) ou de maladie(s) d'origine professionnelle concernant le présent dossier

Événement impliquant un tiers

Formulaire à compléter en cas d'événement (ex : accident) impliquant un tiers responsable. Joindre la copie du procès-verbal de police ou du constat amiable éventuellement en votre possession.

Information sur la victime

Nom de naissance	-----
Nom d'usage	-----
Prénom	-----

Information sur l'événement

Date de l'événement	__ / __ / ____	Nom du tiers en cause	-----
Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers en cause	----- ----- -----		
N° de sinistre dans les écritures de cette compagnie	-----		
N° de police	-----		

Action judiciaire

Une action judiciaire a-t-elle été engagée	Oui <input type="checkbox"/> (compléter les rubriques ci-dessous) Non <input type="checkbox"/>
Dénomination et adresse du tribunal saisi	----- -----
Nom et adresse de votre avocat	----- -----
Nom et adresse de l'avocat de la victime	----- -----

Avez-vous informé la victime de ses obligations ?

En application des dispositions combinées de l'ordonnance n° 59.76 du 7 janvier 1959 modifiée et de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985, la Caisse des dépôts est subrogée dans les droits de la victime.

Si la victime engage une action judiciaire contre le tiers responsable, elle doit appeler en déclaration de jugement commun la Caisse des dépôts, à peine de nullité du jugement fixant l'indemnité.

Si la victime engage un règlement amiable avec l'assureur du tiers, elle doit inviter la Caisse des dépôts à y participer, à peine d'inopposabilité de la transaction.

Relevé d'identité bancaire (BIC/IBAN) récent établi au nom de l'agent ou compte joint



Merci d'agrafer sur cette page un RIB ou une photocopie d'un RIB (**document original ou copie d'un original**)