

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 de la commission de réforme 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
- Le procès verbal du conseil médical
- L'arrêté ou la décision d'attribution visant le PV de 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 avec présence du cachet de la collectivité et de la date d'arrivée de la demande OU d'une attestation indiquant la date d'arrivée de la demande
- Le procès-verbal du conseil médical
- L'arrêté ou la décision d'attribution visant le PV de 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*

__ / __ / ____

Agent actuellement en détachement*

Oui

Non

Date de nomination en qualité de stagiaire*

__ / __ / ____

Si oui, fonction publique d'origine

FPE

FPT/FPH

Date de titularisation*

Fonction publique d'accueil

FPE

FPT/FPH

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)

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 de la Commission départementale de réforme 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 de la commission de réforme 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**)

Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquider les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier.

Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier.

Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).