collecteam

réinitialiser

FORMULAIRE DE CONTRÔLE MÉDICAL AGENT FPT

Collectivité/établissement ..... Commune .....

Employeur

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom du correspondant : ..... Fonction : .....

Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Email : .....

En votre absence, et dans le cadre de la confidentialité du dossier, préciser le nom de la personne à contacter :

Nom du correspondant : ..... Fonction : .....

Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Email : .....

Agent à contrôler

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... N° SS : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date d'embauche : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Statutaire ☐ CNRACL ☐ Titulaire IRCANTEC ☐ Non titulaire ☐

Adresse où l'agent peut être visité *(information mentionnée sur le certificat médical d'arrêt de travail)* : .....

N° et rue : .....

Bât. : ..... Etage : ..... Esc. : ..... N° appt : ..... Digicode : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. fixe/Portable : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Chez : .....

Arrêt de travail

Date d'origine : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date de fin d'arrêt : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Dernière prolongation prescrite du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nature de l'arrêt de travail : ☐ Maladie

Type de sorties inscrites sur le certificat médical d'arrêt de travail en cours :

☐ Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h ☐ Libres (Nous programmons donc un RDV)

☐ Non autorisées ☐ Autre type de sorties : de .....h à .....h

☐ Pour le cas où le médecin contrôleur ne pourrait réaliser la mission au domicile de l'assuré, l'employeur accepte une prise de rendez-vous au cabinet du médecin par convocation.

Médecin prescripteur

Nom : ..... Code postal : ..... Ville : .....

☐ Généraliste ☐ Spécialiste en : .....

Observations

.....

.....

Éléments à transmettre à Collecteam par mail : controlemedical@collecteam.fr
Pour tous renseignements, nous contacter au 02.36.56.01.33

Les informations collectées par Collecteam font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des irrégularités et à la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de Collecteam, ses éventuels prestataires et sous-traitants, les organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires. Elles seront conservées pendant une durée en adéquation avec leur finalité (cf www.collecteam.fr). Conformément au règlement (UE) 2016/679 vous disposez du droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à Collecteam ou par mail à dpo@collecteam.fr avec une copie de votre pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à : ..... Le : .....

Le signataire de la demande engage sa responsabilité sur toutes les informations renseignées ci-dessus. Le contrôle médical sera donc réalisé avec les éléments consignés par le signataire.

collecteam
Centre de gestion prévoyance - 13, rue Croquechâtaigne - BP 30064 - 45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN
Tél. 02 36 56 01 33 - controlemedical@collecteam.fr

Collecteam – SA au capital de 7 005 000€ - SIREN 422 092 817- RCS ORLEANS – N°ORIAS 07 005 898 – www.orias.fr - société de courtage en assurance qui dépend de l'article L 520-1 II.b du Code des Assurances (liste des Compagnies d'assurance disponible sur notre site internet) dont l'activité est soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 PARIS Cedex 09.