

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES



Dossier Administratif

1^{ère} concession

N.I.R de la Sécurité Sociale						clé

Numéro d'affiliation CNRACL

Révision nouvel accident

Nom marital :
Nom patronymique :

Prénom :

Numéro AT/ACL	clé

Rue du Vergne – 33059 Bordeaux cedex
Tél. : 05 56 11 41 23 – Fax : 05 56 11 40 77
www.cdc.retraites.fr
atiac@caissedesdepots.fr

A DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ

Madame, Monsieur le _____⁽¹⁾

Je soussigné(e) M _____ ai l'honneur de solliciter le bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité, accordée au personnel titulaire des collectivités locales, en vertu des dispositions prévues par le décret n° 63.1346 du 24 décembre 1963 ou par le décret n° 2005.442 du 2 mai 2005.

J'ai été accidenté(e) le

--	--	--	--	--	--

” ”

--	--	--	--	--	--

Je suis atteint d'une maladie d'origine professionnelle constatée le

--	--	--	--	--	--

” ” ”

--	--	--	--	--	--

Veillez agréer, Madame, Monsieur le _____⁽¹⁾ l'assurance de mes sentiments respectueux.

A _____, le _____

(signature)

A IDENTIFICATION DE L'AGENT

Monsieur	
Madame	
Mademoiselle	

Date de naissance		

Nom patronymique

Nom marital

Prénoms dans l'ordre de l'état civil

Lieu de naissance

B SITUATION DE FAMILLE : _____

C ADRESSE : _____

Code postal	Commune

D SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Date d'entrée dans la collectivité : _____

Date de nomination en qualité de stagiaire (s'il y a lieu) : _____

Date de titularisation : _____

Emploi et grade : _____

Date de radiation des cadres : _____ Motif : _____

A IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Nom : _____

Numéro SIREN - SIRET : _____

Adresse exacte : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Nom de la personne instruisant le dossier : _____

Service : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel (mail) : _____

B L'agent bénéficie-t-il déjà d'une allocation temporaire d'invalidité ?

OUI

Numéro ATIACL	clé

NON

A RÉCAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Dates des accidents ou maladies d'origine professionnelle ⁽¹⁾	Dates des arrêts travail ⁽²⁾	Motifs ⁽³⁾	Date de reprise des fonctions ⁽⁴⁾
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....
.....	du.....au.....	.....	.....

B LE REPRÉSENTANT DE LA COLLECTIVITÉ EMPLOYEUR CERTIFIE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE PRÉSENT DOSSIER.

A _____, le _____

(signature et cachet)

A ne remplir qu'en cas d'accident impliquant un tiers

A ENQUÊTE TIERS EN CAUSE

Objet : Enquête tiers.
Renseignements à fournir dans le cadre de l'action en réparation civile de la Caisse des dépôts et consignations.

Dossier :

Nom patronymique _____ Prénom _____

Nom marital _____ N° dossier _____

Je vous invite à compléter ce document aussi précisément que possible et à le retourner à la Caisse des dépôts.

B RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACCIDENT

Date de l'accident : _____

Lieu de l'accident : _____
(indiquer le numéro de département)

Nom du tiers en cause : _____

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance du tiers en cause :

Numéro de sinistre dans les écritures de cette compagnie : _____

Numéro de police : _____

A ne remplir qu'en cas d'accident impliquant un tiers

C MONTANT DES SOMMES que votre collectivité a été amenée à débours au titre de cet accident : indemnités journalières (hors charges patronales), frais médicaux, pharmaceutiques, hospitalisation : _____

Votre collectivité a-t-elle été remboursée de ses débours ?

OUI

NON

Si oui :

➔ par la compagnie d'assurances du tiers responsable :

OUI

NON

➔ par votre compagnie d'assurances :

OUI

NON

nom et adresse de cette compagnie

numéro sinistre : _____

D UNE ACTION JUDICIAIRE A-T-ELLE ÉTÉ ENGAGÉE ?

OUI

NON

Si oui :

➔ devant quel tribunal : _____

➔ coordonnées des différents avocats : _____

nom et adresse de votre avocat :

nom et adresse de l'avocat de la victime :

E UNE ACTION JUDICIAIRE A-T-ELLE ÉTÉ ENGAGÉE ?

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 et consignations est subrogée dans les droits de la victime.

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

De même, le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la Caisse des dépôts et consignations qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer.

Feuillet à remettre à l'agent

Que faire en cas d'accident de service, de trajet ou de maladie d'origine professionnelle ?

Vous déclarez votre accident ou votre maladie à votre employeur.

- Votre médecin délivre **un certificat médical initial** décrivant vos blessures. Ce document doit être adressé à votre service du personnel.
- **L'imputabilité au service est reconnue** : votre employeur continue à verser votre traitement et prend en charge les frais.

Votre état devient stationnaire :

- Votre médecin établit un **certificat médical final** indiquant :
 - **La guérison** : pas d'invalidité, la procédure s'arrête
 - **La consolidation** : stabilisation des blessures. La procédure d'allocation temporaire d'invalidité peut être engagée

- **Vous devez déposer auprès du service du personnel, une demande d'allocation datée et signée, dans le délai d'un an de la dernière des deux dates, reprise ou consolidation.**

Votre employeur demande à un médecin agréé de vous examiner en vue de fixer le taux d'invalidité résultant de votre accident ou de votre maladie.

Vous êtes victime d'un accident

et votre taux d'invalidité rémunérable est au moins égal à 10 %

OU

Vous êtes atteint d'une maladie d'origine professionnelle

avec un taux au moins égal à 1 %



Vous pouvez éventuellement bénéficier d'une allocation

- Le rapport médical est adressé à la commission départementale de réforme par votre employeur.
- La commission départementale de réforme, au vu de votre dossier et de vos observations éventuelles, émet un avis.
- Votre employeur transmet au service de l'ATIACL un dossier complet (*tout dossier incomplet est retourné à l'employeur*).
- Le service de l'allocation temporaire d'invalidité étudie vos droits et vous notifie la décision finale (*attribution ou rejet*).
- Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision, vous pouvez éventuellement faire un recours.

Informations utiles

- ❖ **L'allocation se calcule**, quel que soit le grade, de la façon suivante :

$$\frac{\text{Montant annuel de référence} \times \text{Taux d'invalidité retenu}}{12 \text{ mois}}$$

- ❖ Cette **prestation** n'est ni imposable, ni rachetable, ni réversible. Elle est versée mensuellement sur votre compte à terme échü.
- ❖ Un planning prévisionnel des **dates de paiement** de votre allocation pour l'année, est disponible sur internet.
- ❖ Le **bulletin de paiement** n'est pas mensuel. Il vous est adressé chaque fois que le montant "net payé" varie.
- ❖ **TAUX D'INVALIDITE** : lorsqu'il y a plusieurs infirmités, le taux global rémunéré est calculé en tenant compte de la validité restante et non en additionnant les taux propres à chaque infirmité.

EXEMPLE :

Validité de base : 100 %

1ère séquelle : 25 %

Taux d'invalidité indemnisable de la 1ère séquelle : 100 % x 25 % = **25 %**

Validité restante : 100 % - 25 % = 75 %

2ème séquelle : 10 %

Taux d'invalidité indemnisable de la 2^{ème} séquelle : 75 % x 10 % = **7,5 %**

Validité restante : 75 % - 7,5 % = 67,5 %

3ème séquelle : 8 %

Taux d'invalidité indemnisable de la 3^{ème} séquelle : 67,5 % x 8 % = **5,4 %**

Taux global rémunérable : 25 % + 7,5 % + 5,4 % = 37,9 % arrondi à **38 %**

- ❖ **Date d'effet** : date de reprise des fonctions ou date de consolidation ; éventuellement date de constatation officielle de la consolidation par la commission de réforme ou le médecin agréé ; parfois date d'effet d'une nouvelle réglementation.
- ❖ **Changement d'adresse** : le signaler par courrier à la CDC – Service Paiements / ATIACL, afin d'éviter une suspension de paiement

ATIACL

Nom :

- Accident de service
- Accident de trajet
- Maladie d'origine professionnelle

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Cette liste est à joindre à votre envoi.

Première demande d'attribution d'une ATI

- Dossier administratif dûment complété (y compris l'arrêté ou la décision d'attribution) ;
- Original du relevé d'identité du compte de l'agent ;
- Rapport(s) hiérarchique(s) ;
- Certificat médical initial (CMI) ;
- Certificat médical final (CMF) ;
- Rapport médical ;
- Procès-verbal de la commission départementale de réforme.

} Pour chaque accident ou
maladie d'origine professionnelle

Pièce supplémentaire à joindre pour les accidents de trajet :

- Plan (type carte routière) indiquant lieux de travail / domicile / accident.

Pièce supplémentaire à joindre pour les accidents de trajet ou accident de la circulation en service :

- Copie procès-verbal de police ou rapport de gendarmerie.

Pièce supplémentaire à joindre pour les maladies d'origine professionnelle :

- Avis du médecin du travail ou de prévention.

Révision nouvel accident

- Dossier administratif dûment complété (y compris l'arrêté ou la décision d'attribution)
- Rapport(s) hiérarchique(s) ;
- Certificat médical initial (CMI) ;
- Certificat médical final (CMF) ;
- Rapport médical ;
- Procès-verbal de la commission départementale de réforme.

} Pour chaque accident ou
maladie d'origine professionnelle

Pièce supplémentaire à joindre pour les accidents de trajet :

- Plan (type carte routière) indiquant lieux de travail / domicile / accident.

Pièce supplémentaire à joindre pour les accidents de trajet ou accident de la circulation en service :

- Copie procès-verbal de police ou rapport de gendarmerie.

Pièce supplémentaire à joindre pour les maladies d'origine professionnelle :

- Avis du médecin du travail ou de prévention.

Révision quinquennale

- Rapport médical ;
- Accord de l'agent (*si taux maintenu*) ;
- Procès-verbal de la commission départementale de réforme (*si taux modifié*) ;
- Arrêté ou décision visant le procès-verbal ;

Révision sur demande

- Rapport médical ;
- Accord de l'agent (*si taux maintenu*) ;
- Procès-verbal de la commission départementale de réforme (*si taux modifié*) ;
- Arrêté ou décision visant le procès-verbal ;
- Demande écrite de l'allocataire datée et signée ;
- Récépissé collectivité ;

Révision radiation des cadres

- Rapport médical ;
- Accord de l'agent (*si taux maintenu*) ;
- Procès-verbal de la commission départementale de réforme (*si taux modifié*) ;
- Arrêté ou décision visant le procès-verbal ;

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES
POUR TRAITER LE DOSSIER ET ÉVITER SON RENVOI**