DEXIA

Dexia Sofcap - Dexia Sofcah
Assurances - Personnels des collectivités locales et établissements hospitaliers

☐ Demande de contre-visite
☐ Demande d'expertise médicale

Document à compléter et à retourner à Dexia DS Services - Service réalisé par la société Dexia DS Services pour le compte de Dexia Sofcap et Dexia Sofcah

Employeur

Raison sociale : .....

Adresse : .....

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

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

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

La collectivité autorise Dexia DS Services à transmettre les conclusions administratives au gestionnaire délégataire désigné par l'assureur.

Dans le cadre de la confidentialité, merci de préciser le nom de la personne à contacter, en votre absence :

Nom : ..... Fonction : ..... Tél. : .....

Agent à contrôler, à remplir obligatoirement

Nom : ..... Prénom : .....

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| ☐ CNRACL ☐Non CNRACL ☐ SPV

Profession : ..... Budget : .....

Merci d'indiquer l'adresse où l'agent peut être visité :

N° et Rue : .....

Lieu-dit / Quartier : .....

Bât. : ..... Étage : ..... Esc. : .....N° Appart. : ..... Code d'accès : .....

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

Tél. ou Portable : .....Chez : .....

Événement / Nature de l'arrêt, à remplir obligatoirement

☐ Maladie ☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Longue Maladie / Longue Durée ☐ Maladie professionnelle

Date d'origine de l'arrêt : |_|_|_|_|_|_| Date de fin d'arrêt : |_|_|_|_|_|_|

Dernière prolongation prescrite du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_| Si rechute, déclarée le : |_|_|_|_|_|_|

Sorties inscrites sur le certificat médical *(à remplir uniquement pour une demande de contre visite médicale)* :

☐ Sortie non autorisées ☐ Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h ☐ Libres
(indiquer coordonnées téléphoniques de l'agent pour convocation)

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

Éléments qui motivent la demande d'expertise, à remplir obligatoirement

.....

.....

.....

Tous les documents relatifs à l'événement doivent être en possession de votre gestionnaire. Si tel n'est pas le cas, merci d'annexer les pièces manquantes à cet imprimé.

Nom du médecin prescripteur (facultatif) : .....

Exerçant à : ..... ☐ Généraliste ☐ Spécialiste en : .....

Merci d'indiquer les prochaines dates de congés annuels de l'agent *(pour la fixation du rendez-vous d'expertise)* : .....

.....

Par télécopie au : **02 48 48 10 51**
ou par E-mail : **controle@dexia-ds-services.com**

Date : ..... **Cachet et signature :**

Dexia Sofcap - Société Française de Courtage d'Assurances du Personnel - SNC au capital de 37 500 € - RCS Bourges B 335 171 096 - N° ORIAS 07 000 814 - www.orias.fr
Dexia Sofcah - Société Française de Courtage d'Assurances Hospitalières - SNC au capital de 1 506 000 € - RCS Bourges B 332 468 875 - N° ORIAS 07 000 815 - www.orias.fr
Adresse postale : 18020 Bourges cedex / Siège social : Route de Creton 18110 Vasselay

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès du Responsable de la Sécurité et de l'Innovation Informatique en vous adressant par écrit au siège social de la société. Les informations nominatives recueillies au sein de ce document sont obligatoires pour le traitement de son objet. A défaut, nous ne pourrons vous garantir le traitement intégral de votre dossier. Elles pourront être transmises à nos partenaires ainsi qu'aux sociétés et filiales du groupe Dexia. En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part de l'assuré, celui-ci s'expose aux sanctions visées par le code des Assurances.