

	Formulaire AF3	
	Notice explicative à destination des employeurs	12/2021

Dans quels cas doit-on transmettre le formulaire AF3 :

L'autorité territoriale doit transmettre en complément du formulaire de saisine et des pièces demandées, le formulaire AF3 dûment complété par ses soins dans les cas suivants :

- à l'issue 12 mois de congé pour maladie ordinaire consécutifs,
- à l'issue congé de longue maladie
- à l'issue congé de longue durée,
- en cas de présomption d'inaptitude physique totale et définitive de votre agent.

Comment remplir le formulaire AF3

L'employeur ne doit compléter uniquement la page 1 relative aux éléments d'identification de l'agent.

Page 1 à remplir par l'employeur	
Compléter les éléments d'identification de l'agent	A
Employeur : indiquer la désignation de votre collectivité N° affiliation de l'agent : indiquer le numéro attribué à l'agent au moment de son affiliation à la CNRACL Emploi/Grade actuellement détenu : indiquer l'intitulé du poste occupé Nature exacte des dernières fonctions exercées : détailler la totalité des tâches effectuées par l'agent sans vous limiter à une dénomination standard (ex : ouvrier professionnel)	B
Date d'affiliation à la CNRACL : renseigner la date de début du versement des cotisations à la CNRACL en qualité de stagiaire ou de titulaire. Date du dernier jour valable pour la retraite : indiquer la date du dernier jour payé soumis à cotisations à la CNRACL en position statutaire de congés pour maladie. Date de radiation des cadres : indiquer la date à laquelle la radiation des cadres est envisagée	C
Accident de service ou maladie professionnelle : indiquer si l'agent a été victime d'un accident de service ou/et reconnu en maladie professionnelle. Majoration pour assistance d'une tierce personne : indiquer si l'agent demande le bénéfice de cette majoration de pension (si oui, compléter l'imprimé questionnaire TP et l'adresser au médecin) Renseignements médicaux : si l'agent est indemnisé pour des infirmités par d'autres régimes que la CNRACL (ATIACL, Régime général ...) compléter les renseignements relatifs à cette indemnisation	D
Nom et adresse du médecin traitant : indiquer les coordonnées du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)	E
Dater, signer et apposer votre cachet	F

Une fois dûment complété et signé par l'autorité territoriale, le formulaire doit être transmis au secrétariat du comité médical à l'adresse suivante :

CDG15 – Secrétariat du Comité Médical
 Village d'entreprises
 14 avenue du Garric
 15000 AURILLAC