

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Articles L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale)

LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS
SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^{ème} VOLET

Première demande : OUI ☐ NON ☐ si NON, date de la 1^{re} demande

Réserve CPAM

LA VICTIME

N° d'immatriculation

CPAM

À défaut, sexe :

Date de naissance

Nom et prénom

(seul, s'il y a lieu, du nom d'époux(e))

Française

Nationalité

C.E.E.

Autre

Adresse

Code Postal

Date d'embauche

Profession

Qualification professionnelle

Ancienneté dans le poste

LA NATURE DE LA MALADIE

Le(la) soussigné(e), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de)

Tableau MP

Syndrome

Code MP

Date de la 1^{re} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail

LE DERNIER EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale

CTN

Adresse

Code Postal

N° de Téléphone

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse

Code Postal

N° de Téléphone

N° SIRET de l'établissement

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

LA DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs

du

Période

au

Poste occupé

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

LES PIECES A JOINDRE

- ☐ Certificat médical en double exemplaire
- ☐ Attestation de salaire établie par le dernier employeur

LE DECLARANT (à compléter si le déclarant n'est pas la victime)

Nom et prénom

(seul, s'il y a lieu, du nom d'époux(e))

Adresse

Qualité

Fait à le Signature