

Agence
Centre de paiement

## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

*à remplir en quatre exemplaires par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de 15 jours au minimum et de trois mois au maximum qui suivent la première constatation médicale et de la maladie*

Référence :

Date de dépôt

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : .....	(Nom de jeune fille)	
Prénom(s) : .....		n° d'immatriculation
Nationalité : .....	Pays d'origine : .....	
Adresse : .....		
Nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle : .....		
Durée d'exposition : .....		
Date de cessation d'exposition au risque : .....		
Nature de la maladie : .....		
Constatée le : .....		
un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des Assurances Sociales ?		
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1)		
— Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation : ?		
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1)		
— Si oui à quelle date : ? .....		

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEE

Nom et Prénoms .....	
ou	
Raison Sociale .....	n° Employeur
Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement : .....	
Période d'emploi du .....	au .....

Fait à ..... le .....  
Signature du Déclarant  
(nom, prénoms et qualité du signataire)

Joindre deux exemplaires du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs.

*La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.*

Imp. CNAS 12.92 - AT. 16/R

(1) Mettre une croix dans la case correspondante