

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 consultation médicale et de la maladie

Référence :

Date de dépôt

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : (Nom du jeune fille) Prénoms : n° d'identification

Nationalité : Pays d'origine :

Adresse :

Nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle :

Date 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 ☐ NON ☐ (1)

— Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation ?

OUI ☐ NON ☐ (1)

— Si oui à quelle date ?

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE
DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEENom et Prénoms Raison Sociale

n° Employeur

Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement :

Période d'emploi du au

Fait à le

Signature du Déclarant

(nom, prénom et qualité du signataire)