

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,
- Le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L 461-1 du Code de la sécurité sociale)

1 – Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 – Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 – Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

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

LA VICTIME

Réservé CPAM

N° d'immatriculation		CPAM	
À défaut, sexe :	Date de naissance		
Nom et prénom <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</small>		Nationalité Française	<input type="checkbox"/>
Adresse		Nationalité C.E.E.	<input type="checkbox"/>
		Nationalité Autre	<input type="checkbox"/>
Code Postal			
Date d'embauche	Profession		
Qualification professionnelle		Ancienneté dans le poste	

CPAM

Tableau MP

LA NATURE DE LA MALADIE

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

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

Syndrome Code MP

LE DERNIER EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale

Adresse

Code Postal

N° de Téléphone

CTN

Groupement d'activité

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
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Adresse

Qualité

Fait à le Signature