

Première demande:  Oui  Non

Si non, date de la première demande: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### VICTIME

N° d'immatriculation: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe:  M  F  
 Nom: ..... Nom de jeune fille: .....  
 Prénoms: ..... Situation familiale: .....  
 Adresse: ..... Code postal: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Commune: ..... Nationalité: .....  
 Tél.: \_\_\_\_\_ E-mail: .....@.....  
 Date d'embauche: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profession: .....  
 Qualification professionnelle: ..... Ancienneté dans le poste: .....

### NATURE DE LA MALADIE

Le soussigné déclare être atteint (ou que la victime est atteinte) de: .....  
 Date du certificat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Conséquences (1):  
 Sans arrêt de travail  Avec arrêt de travail  Hospitalisation  Décès  
 le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DERNIER EMPLOYEUR

Nom, prénom ou raison sociale: .....  
 Adresse: .....  
 Code postal: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Commune: .....  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 Nature de l'activité: .....

*Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e).*

### DURÉE D'EXPOSITION

#### Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie

Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

Nom et adresse des employeurs	du	au	Poste occupé
	____/____/____	____/____/____	
	____/____/____	____/____/____	
	____/____/____	____/____/____	

### PIÈCES À JOINDRE

- Certificat médical initial de constatation de la maladie professionnelle.
- En cas d'arrêt de travail : attestation de salaire établie par le dernier employeur.

### Si le déclarant n'est pas la victime

Nom, prénom: .....  
 Qualité: .....  
 Adresse: .....

Fait à :  
Le :

Signature :