

### 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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Qualité (chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, aide familial) : \_\_\_\_\_  
 Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_  
 Depuis quand cette activité est-elle exercée ? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMATIONS CONCERNANT L'EXPLOITATION OU L'ENTREPRISE

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

### 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### EXPOSITION

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nature des travaux	Fréquence de l'exposition (quotidienne, hebdomadaire, saisonnière, ...)	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
		____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

### PIÈCES À JOINDRE

**Certificat médical initial de constatation de la maladie professionnelle.**

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

Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
 Qualité : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

Fait à :  
 Le :

Signature :

(1) Veuillez cocher la case correspondante

**Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre caisse.**

CAAA Bas-Rhin : 2, rue de Rome - Schiltigheim - BP 20021 - 67013 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 19 55 19 - fax 03 88 19 55 18 - e-mail : caaa67@caaa67.fr