

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 :

(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