



## DEMANDE DE COMPLÉMENT D'INDEMNISATION POUR LES NON-SALARIÉS AGRICOLES

### MALADIE PROFESSIONNELLE SUITE À UNE EXPOSITION AUX PESTICIDES

Vous êtes atteint d'une maladie qui a été reconnue comme **maladie professionnelle suite à une exposition aux pesticides** ? Votre maladie professionnelle vous a été notifiée **avant le 29 novembre 2020**. Vous pouvez demander un **complément d'indemnisation** au titre du Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides en **remplissant la 1<sup>ère</sup> partie de ce formulaire et en l'adressant à votre caisse d'affiliation**.

**En cas de décès** de la victime et **en qualité d'ayant droit**, vous pouvez demander un **complément d'indemnisation**. Pour en effectuer **la demande, veuillez remplir la 2<sup>ème</sup> partie du formulaire** et l'adresser à la caisse d'affiliation de la personne décédée.

### PARTIE 1 : EN QUALITÉ DE VICTIME

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres) :

Date de notification de votre maladie professionnelle :

Au titre de la prise en charge de votre maladie, êtes-vous actuellement bénéficiaire :

D'indemnités journalières

D'une rente

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Je certifie sur l'honneur que les informations transmises sont exactes.

Fait le :

Signature :



## **PARTIE 2 : EN QUALITÉ D'AYANT DROIT**

Nous vous remercions de renseigner les informations **sur l'identité de la personne décédée** :

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Numéro de sécurité sociale (13 chiffres) :**

**Date de notification de sa maladie professionnelle :**

Merci de remplir vos **coordonnées en tant qu'ayant droit** :

**Nom :**

**Prénom :**

**Numéro de sécurité sociale (13 chiffres) :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**Téléphone :**

**E-mail :**

**En qualité d'ayant droit, vous souhaitez bénéficier :**

D'un complément de rente

Je certifie sur l'honneur que les informations transmises sont exactes.

**Fait le :**

**Signature :**