

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 le ____/____/____ ☐ Hospitalisation le ____/____/____ ☐ Décès 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 Moselle : Maison de l'Agriculture – 64, Avenue André Malraux – 57045 Metz Cedex 1 – Tél. 03 87 66 12 70 – Fax 03 87 66 12 71 – Email : caaa57@caaa57.fr