

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 Haut-Rhin : 132, avenue Robert Schuman – C.S. 11167 – 68053 Mulhouse Cedex – Tél. 03 89 45 68 22 – Fax 03 89 46 41 34 – Email : caaa68@caaa68.fr