

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 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