

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**NOTICE D'UTILISATION**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Il est conseillé d'établir votre déclaration de maladie professionnelle lorsque vous êtes en possession du certificat médical initial établi par votre médecin. Cela facilitera pour vous le remplissage de cette demande et nous permettra de la traiter plus rapidement.

Vous adresserez alors à votre organisme de sécurité sociale les deux premiers volets du présent formulaire de déclaration dès que possible et au plus tard 15 jours suivant le début de l'arrêt de travail que votre médecin vous aura éventuellement prescrit.

A noter : cette déclaration peut également être remplie par un membre de la famille ou un proche en cas de décès de la victime.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L 461-1 du Code de la sécurité sociale)

- 1 - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
- 2 - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).
- 3 - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25 %.
- 4 - Enfin, une maladie en lien avec une exposition aux pesticides peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans les tableaux des maladies professionnelles ou, lorsque les conditions prévues ne sont pas remplies ou que la maladie n'est pas désignée dans un tableau, après examen par un comité de reconnaissance des maladies professionnelles. Si vous pensez que votre pathologie est consécutive à une exposition aux pesticides liées à votre activité professionnelle, cochez la case prévue à cet effet afin que votre CPAM transmette votre dossier au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Articles L.461-1, L.461-5, R.461-9, R.461-5, D.461-29 et D.491-1 du Code de la sécurité sociale)

LA VICTIME ENVOIE A SA CASSSE PRIMAIRE LES DEUX PREMIERS VOLETS ET CONSERVE LE TROISIEME

Première demande OUI NON si NON date de la première demande

LA VICTIME

N° d'immatriculation

Date de naissance

Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Adresse

Code postal Commune

N° de téléphone Courriel :

LE DECLARANT *(à compléter si la victime est décédée)*

Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Adresse

Code postal Commune

N° de téléphone Courriel :

Lien avec la victime

LA NATURE DE LA MALADIE *(à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)*

Le(la) soussigné(e), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) :

Pensez-vous que cette maladie est en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

LE DERNIER EMPLOYEUR *(à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)*

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur :

Date d'embauche chez le dernier employeur :

Profession exercée chez le dernier employeur :

Adresse du site sur lequel vous travaillez :

Code postal Commune

N° de téléphone *(facultatif)*

N° SIRET de l'établissement
(disponible sur un bulletin de salaire)

LA DUREE DE L'EXPOSITION AU RISQUE *(à compléter par la victime, si elle est décédée, par le déclarant)*

Emplois qui, selon vous, pourraient être à l'origine de cette maladie

Emploi occupé	du	Periode	au	Nom / adresse de l'employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

Fait à Signature

(à compléter par la victime ou le déclarant)

Date

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.