

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVÉE DE RECONAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

OUI NON



Articles L.751-7 et R. 751-30 du Code Rural, Articles L 461-1, du Code de la Sécurité Sociale

Première demande

	NON	Si non, date de la 1ère	la demande :	J
	VICTIN	ΛΕ		RÉSERVÉ CMSA
N° d'immatriculation :	A défaut de lieu de na	date et	à:	Service administratif
Nom patronymique (nom de naissance) :	lieu de na	Prénoms :	Sexe (1): M	N° du dossier M. P.
Nom d'usage (facultatif):			F	Catégorie de risques :
Adresse:			Française	Qualification
Date d'embauche : , , , , , ,	Code post	tal:	Nationalité (1) : E.E.E.	professionnelle :
Qualification professionnelle :	FIGURESSION.	Ancienneté d	lans le poste :	Code qualité :
(1) Cocher la case correspondante	NATURE DE LA	MALADIE		
Je soussigné(e), déclare être attein(te) de <i>(ou la victime</i> est	Code individualisation :			
Date du certicat médical faisant état du	Effectif théorique:			
caractère professionnel de la maladie :				
	Contrat prévention :			
Nom, prénom :			n° d'adhérent	Date de début :
ou Dénomination :				
Adresse:			Code postal :	Date de fin :
Nature de l'activité :			Tél.:	Profession de la victime :
Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle	dans laquelle vous étiez employ	é(e) :		
	DURÉE D'EXF	POSITION		
Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la			Posts seem f	
Nom et adresse des employeurs	du	au	Poste occupé	
				Contrôle Médical
				Si Art. L 461-1 CSS alinéa 2 (Type de M.P. = 03) ou alinéa 3 (Type de M.P. = 04) alors rempli
				codes tableau, syndrôme e agent causal.
				Si Art. L 461-1 CSS alinéa 4 (Type de M.P. = 05) alors rempli
				le seul code agent causal.
				Type de M.P. :
				Code tableau M.P. :
				Code syndrôme :
				Code agent causal :
				Nombre total d'années d'exposition :
(2) Joindre autant que possible la copie des certificats de t	(- an = 01)			
	PIÈCES À J			
Certificat médical en double exemplaire	DÉCLARA		testation de salaire établie par le dernier employeur	
Nom, prénom :	DECLANA			
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage):				
Adresse:				
Qualité :				
(3) A compléter si le déclarant n'est pas la victime				404 474 05
ait à	_e	Signature :		401 ATA 05 2/5



Fait à

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVÉE DE RECONAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE



401 ATA 05

3/5

Articles L.751-7 et R. 751-30 du Code Rural, Articles L 461-1, du Code de la Sécurité Sociale

Première demande OUI NON Si non, date de la 1ère la demande : **VICTIME** RÉSERVÉ CMSA Service administratif A défaut date et lieu de naissance N° d'immatriculation : N° du dossier M. P. Sexe (1): Nom patronymique (nom de naissance): Nom d'usage (facultatif) (1): Catégorie de risques : Adresse: Française Qualification Code postal: Nationalité (1) E.E.E. professionnelle: Autre Date d'embauche : Profession: Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste : Code qualité (1) Cocher la case correspondante NATURE DE LA MALADIE Code individualisation: Je soussigné(e), déclare être attein(te) de (ou la victime est atteinte de) : Effectif théorique: Date du certicat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie : Date d'arrêt de travail : **DERNIER EMPLOYEUR** Contrat prévention n° d'adhérent Nom, prénom: Date de début : ou Dénomination : Code postal: Date de fin: Adresse: Tél.: Nature de l'activité : Profession de la victime : 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 (2) Nom et adresse des employeurs du Poste occupé Contrôle Médical - Si Art. L 461-1 CSS **alinéa 2** (Type de M.P. = **03**) ou **alinéa 3** (Type de M.P. = **04**) alors remplir codes tableau, syndrôme et agent causal. Si Art. L 461-1 CSS alinéa 4 (Type de M.P. = 05) alors remplir le seul code agent causal. Type de M.P.: Code tableau M.P.: Code syndrôme : Code agent causal: Nombre total d'années d'exposition : (-an = 01)(2) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois PIÈCES À JOINDRE Certificat médical en double exemplaire Attestation de salaire établie par le dernier employeur **DÉCLARANT (3)** Nom, prénom: (suivi s'il y a lieu du nom d'usage): Adresse: Qualité: (3) A compléter si le déclarant n'est pas la victime



Fait à

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVÉE DE RECONAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE



4/5

Articles L.751-7 et R. 751-30 du Code Rural, Articles L 461-1, du Code de la Sécurité Sociale

Première demande OUI NON Si non, date de la 1ère la demande : **VICTIME** RÉSERVÉ CMSA Service administratif A défaut date et lieu de naissance N° d'immatriculation : N° du dossier M. P. Sexe (1): Nom patronymique (nom de naissance): Nom d'usage (facultatif) (1): Catégorie de risques : Adresse: Française Qualification Code postal: Nationalité (1) E.E.E. professionnelle: Autre Date d'embauche : Profession: Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste : Code qualité (1) Cocher la case correspondante NATURE DE LA MALADIE Code individualisation: Je soussigné(e), déclare être attein(te) de (ou la victime est atteinte de) : Effectif théorique: Date du certicat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie : Date d'arrêt de travail : **DERNIER EMPLOYEUR** Contrat prévention n° d'adhérent Nom, prénom: Date de début : ou Dénomination : Code postal: Date de fin: Adresse: Tél.: Nature de l'activité : Profession de la victime : 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 (2) Nom et adresse des employeurs du Poste occupé Contrôle Médical - Si Art. L 461-1 CSS **alinéa 2** (Type de M.P. = **03**) ou **alinéa 3** (Type de M.P. = **04**) alors remplir codes tableau, syndrôme et agent causal. Si Art. L 461-1 CSS alinéa 4 (Type de M.P. = 05) alors remplir le seul code agent causal. Type de M.P.: Code tableau M.P.: Code syndrôme : Code agent causal: Nombre total d'années d'exposition : (-an = 01)(2) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois PIÈCES À JOINDRE Certificat médical en double exemplaire Attestation de salaire établie par le dernier employeur **DÉCLARANT (3)** Nom, prénom: (suivi s'il y a lieu du nom d'usage): Adresse: Qualité: (3) A compléter si le déclarant n'est pas la victime 401 ATA 05



A CONSERVER PAR L'ASSURÉ(E)

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVÉE DE RECONAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE



5/5

Articles L.751-7 et R. 751-30 du Code Rural, Articles L 461-1, du Code de la Sécurité Sociale

Fremiere de	NON	Si non, date de la	1ère la demande :			
	VICTIME	=		RÉSERVÉ CMSA		
N° d'immatriculation :	A défaut dat lieu de naiss	te et	à:	Service administratif N° du dossier M. P.		
Nom patronymique (nom de naissance) :	nou de naise	Prénoms :	Sexe (1): M	N du dossier ivi. P.		
Nom d'usage (facultatif) (1):			F	Catégorie de risques :		
Adresse :			Française			
	Code postal	:	Nationalité (1) : E.E.E.	Qualification professionnelle :		
	Profession:		Autre			
Qualification professionnelle : (1) Cocher la case correspondante		Ancienne	té dans le poste :	Code qualité :		
1) Coche la case correspondante	NATURE DE LA I	MALADIE				
Je soussigné(e), déclare être attein(te) de (ou la victime est a				Code individualisation :		
Date du certicat médical faisant état du				Effectif théorique:		
Date du certicat medical faisant état du Date d'arrêt de travail : Date d'arrêt de travail :						
	DERNIER EMP	LOYEUR		Contrat prévention :		
Nom, prénom :			n° d'adhérent	Data da dábut :		
ou Dénomination :				Date de début :		
Adresse:			Code postal :	Date de fin :		
			Tél.:			
Nature de l'activité :				Profession de la victime :		
Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle d	dans laquelle vous étiez employé(e	e) :				
	DURÉE D'EXPO	OSITION				
Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la n						
Nom et adresse des employeurs	du	au	Poste occupé			
				Contrôle Médical		
				Ci Art I 461 1 CCC clinés 2		
				Si Art. L 461-1 CSS alinéa 2 (Type de M.P. = 03) ou alinéa 3 (Type de M.P. = 04) alors rempli		
				codes tableau, syndrôme e agent causal.		
				Si Art. L 461-1 CSS alinéa 4		
				(Type de M.P. = 05) alors rempli le seul code agent causal.		
				io coal ocae agoni oaacaii		
				Type de M.P. :		
				Code tableau M.P. :		
				Code tableau W.F		
				Code syndrôme :		
				Code agent causal :		
				Nombre total d'années d'exposition :		
2) Joindre autant que possible la copie des certificats de tra				(- an = 01)		
	PIÈCES À JOI	INDRE				
Certificat médical en double exemplaire	Yallan		Attestation de salaire établie par le dernier employeur			
N	DÉCLARAN	IT (3)				
Nom, prénom : suivi s'il y a lieu du nom d'usage) :						
Adresse:						
Qualité:						
3) A compléter si le déclarant n'est pas la victime						
				401 ATA 05		