

**A CONSERVER
PAR L'ASSURÉ(E)**

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

Si non, date de la 1^{ère} la demande : | | | | | | |

VICTIME

N° d'immatriculation : A défaut date et lieu de naissance à :

Nom patronymique (nom de naissance) : Prénoms : Sexe (1) : ☐ M ☐ F

Nom d'usage (facultatif) (1) :

Adresse :

Code postal : Nationalité (1) : ☐ Française ☐ E.E.E. ☐ Autre

Date d'embauche : Profession :

Qualification professionnelle : Ancienneté dans le poste :

(1) Cocher la case correspondante

NATURE DE LA MALADIE

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

Date du certificat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie : Date d'arrêt de travail :

DERNIER EMPLOYEUR

Nom, prénom :	n° d'adhérent
ou Dénomination :	
Adresse :	Code postal :
	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 (2)

[illegible]

(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 _____ Le _____ Signature : _____

401 ATA 05
5/5