

# kwarat.com

Et l'administration devient simple

©**kwarat.com**, tous droits réservés.

La reproduction du contenu de ce site web, en tout ou en partie, est strictement interdite sans la permission écrite de l'auteur.

Tout autre matériel contenu sur ce site ne nous appartenant pas (photos, textes, images, logos, noms de produits ou de marques,...) est la propriété de leurs détenteurs respectifs.

Agence
Centre de paiement

## DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

à remplir en quatre exemplaires par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de 15 jours au minimum et de trois mois au maximum qui suivent la première constatation médicale et de la maladie

Référence :

Date de dépôt : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : .....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
(Nom de jeune fille)											
Prénom(s) : .....	n° d'immatriculation										
Nationalité : .....	Pays d'origine : .....										
Adresse : .....											
Nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle : .....											
Durée d'exposition : .....											
Date de cessation d'exposition au risque : .....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Nature de la maladie : .....											
Constatée le : .....											
un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des Assurances Sociales ?											
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1)											
- Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation : ?											
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1)											
- Si oui à quelle date : ? .....											

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEE

Nom et Prénoms .....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
ou											
Raison Sociale .....	n° Employeur										
Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement : .....											
Période d'emploi du .....	au .....										

Fait à ..... le .....  
Signature du Déclarant  
(nom, prénoms et qualité du signataire)

Joindre deux exemplaires du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.  
(1) Mettre une croix dans la case correspondante

Imp. CNAS 12 92 - AT. 16/R