(C3A 3)

DEMANDE D'ESTIMATION DES DROITS A L'ALLOCATION DE CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE AMIANTE

MARINS ATTEINTS D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Article 66 du décret du 17 juin 1938 modifié)

VOTRE IDENTITÉ

Nom(s) (nom de famille de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'usage) : .....

Prénoms : .....

N° de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| -|__|__| Régime de sécurité sociale : .....

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Numéro de Marin : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Service de l'État chargé de la mer de rattachement : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : .....

Courriel : .....

RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE DUE À L'AMIANTE

Vous avez été reconnu(e) atteint(e) d'une maladie professionnelle due à l'amiante, indiquer le numéro de la décision :

.....

Votre dossier de reconnaissance de maladie professionnelle est en cours, vous devez adresser un dossier médical sous pli cacheté au Service du contrôle médical de l'Enim du Centre de prestation maladie dont vous dépendez (Saint-Malo ou Lorient).

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Cocher la case correspondant à votre situation :

☐ **Vous êtes salarié(e)** Fonction : ..... Date d'embauche: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Nom de votre employeur : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : .....

☐ **Vous êtes non salarié(e)** Préciser votre fonction : .....

☐ **Vous êtes pensionné(e)**

☐ Enim ☐ Vieillesse ☐ Invalidité N° de pension : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| -|__|__|

☐ **Autre régime, lequel :** .....

☐ Vieillesse ☐ Invalidité

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Vous percevez une allocation (chômage, autres) ou des indemnités compensatrices de salaire :

☐ Non ☐ Oui Si oui, lesquelles : .....

Nom(s) et adresse des organismes payeurs :

..... Du : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| au : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

..... Du : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| au : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

..... Du : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| au : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Demande d'estimation établie le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Signature du demandeur :

Formulaire à renvoyer signé à l'adresse suivante :

Centre des pensions et des archives (CPA)
1, bis rue Pierre Loti BP 240
22505 Paimpol cedex

Pour toute information complémentaire, contacter un conseiller Enim du CPA au 02 96 55 32 32, du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h.

Cadre réservé au CPA / Reçu le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir des avantages indus (articles 313.-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 446-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant auprès de votre organisme maladie.