

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE



Référence : Décret du 17 juin 1938 portant réorganisation et réunification du régime d'assurance des marins, modifié.

Première demande : Oui

Non

Si non, date de la 1^{ère} demande :

■ ■ / ■ ■ / ■ ■ ■ ■

Identité de la victime

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de marin : _____

Adresse : _____

Code postal : ■ ■ ■ ■ ■ Ville : _____ Pays : _____

Numéro de téléphone *(facultatif)* : _____

Courriel : _____ @ _____

Nature de la maladie

Le soussigné déclare : Être atteint Que la victime est atteinte

De : _____

Date de la 1^{ère} constatation médicale *(ou éventuellement de l'arrêt de travail)* : ■ ■ ■ / ■ ■ ■ / ■ ■ ■ ■ ■

Dernier employeur de la victime *(pour les salariés)*

Nom, prénom ou raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : ■ ■ ■ ■ ■ Ville : _____ Pays : _____

Numéro de téléphone *(facultatif)* : _____

Courriel : _____ @ _____

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE



Durée de l'exposition

Emplois successifs ayant exposé la victime au risque de la maladie

→ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Périodes : du / / au / /

Fonction occupée : _____

→ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Périodes : du / / au / /

Fonction occupée : _____

→ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Périodes : du / / au / /

Fonction occupée : _____

→ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Périodes : du / / au / /

Fonction occupée : _____

Déclarant (si autre que la victime)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Courriel : _____ @ _____

Fait à _____, le / /

Signature :