

FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL MARITIME OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE



Références : Décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins modifié, Articles 11, 11a et 21-3

Attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéficiaire du tiers payant

À remplir obligatoirement lors de la délivrance

La victime

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de marin : _____

Date de naissance : / /

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Courriel : _____ @ _____

L'employeur

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Numéro armateur : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Courriel : _____ @ _____

L'accident du travail maritime ou la maladie professionnelle

Date de l'accident du travail maritime ou date de la constatation médicale de la maladie professionnelle : _____

Rechute du : _____

Nature des lésions : _____

Siège des lésions : _____

Demande de renouvellement

À remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

Fait à _____, le / /

Signature :

