cerfa

N° 50562#02

SECURITE SOCIALE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

– Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),

– Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,

– Le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L 461-1 Code sécurité sociale)

1 – Il sagit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 – Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 – Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

La loi 78.17 du 15.1.78 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 vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

cerfa

N° 60-3950

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVEE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

SECURITE SOCIALE

Article L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale

LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5e VOLET

Première demande ☐ OUI ☐ NON SI NON, DATE DE LA 1re DEMANDE

Réservé CPAM

CPAM

Tableau MP

Syndrome Code M.P.

CTN

Groupement d'activité

VICTIME

N° d'immatriculation

NOM, Prénom

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

Nationalité ☐ Française ☐ C.E.E. ☐ Autre

Date d'embauche

Qualification professionnelle

Profession

NATURE DE LA MALADIE

Le soussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de)

Date de la 1re constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail.

DERNIER EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale

Adresse

N° de Téléphone

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse

N° de Téléphone

N° SIRET de l'établissement

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	Période du	Période au	Poste occupé

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

DECLARANT (2)

NOM, Prénom

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

QUALITE

(2) A COMPLETER SI LE DECLARANT N'EST PAS LA VICTIME

Fait à le Signature

S 6100b