

Déclaration de maladie professionnelle pour les agents du régime général - imprimé CERFA n°60-3950



N° 60-3950



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE MOTIVÉE 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'ARRÊT DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^e VOLET

Première demande

☐ OUI☐ NONSI NON, DATE DE LA 1^{re} DEMANDE

Réservé CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation

NOM, Prénom

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

ADRESSE

Date d'embauche

Profession

Qualification professionnelle

Nationalité

☐ Française☐ C.E.E.☐ Autre

CPAM

NATURE DE LA MALADIE

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

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

Tableau MP

Syndrome

Code M.P.

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.

CTN

Groupement d'activité

DUREE DE L'EXPOSITION

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

Nom et adresse des employeurs

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