

demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

A adresser à la Caisse
d'assurance retraite
et de la santé au travail

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

votre identité

<input type="checkbox"/> madame	<input type="checkbox"/> mademoiselle	<input type="checkbox"/> monsieur
nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))		
prénoms		date de naissance
numéro d'immatriculation		
adresse		
code postal	commune	

votre situation au regard des conséquences de l'exposition à l'amiante

vous avez été reconnu(e) atteint(e) d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante

joignez la photocopie de la notification de reconnaissance de maladie professionnelle qui vous a été adressée par votre caisse primaire, ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe

votre situation professionnelle

votre activité actuelle

- vous êtes salarié(e) date d'embauche

nom de votre employeur :

adresse :

code postal commune

- vous êtes non salarié(e) précisez votre situation :

- vous exercez une activité professionnelle complémentaire, salariée ou non, vous procurant un revenu :
non oui laquelle :

- vous n'avez pas 12 mois d'ancienneté, complétez la rubrique "votre activité antérieure"

- vous n'avez pas actuellement d'activité salariée, complétez la rubrique "votre activité antérieure"

à titre indicatif, précisez la date prévue pour votre cessation d'activité (*facultatif*)

• votre activité antérieure

dans quelle(s) entreprise(s) avez-vous précédemment travaillé ?

nom	adresse de l'établissement	période de travail	
		du	
		au	
		du	
		au	
		du	
		au	

• votre dernier régime de retraite complémentaire

AGIRC ARRCO IRCANTEC autre régime précisez lequel :

autres renseignements (cf notice pour les pièces justificatives à fournir)

vous percevez, ou avez déposé une demande d'attribution d'une autre allocation ou pension (ARPE, FNE, invalidité, chômage, pension de vieillesse d'un régime spécial, pension de réversion, autres ...) :

non oui si oui, lesquelles ?

nom et adresse des organismes qui vous les paient :

	depuis le	
	depuis le	
	depuis le	

demande établie le		cadre réservé à la caisse
à		
signature du demandeur	date de réception :	
	n° d'enregistrement :	

La loi 78.17 du 6.1.78 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 vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 471.3 du code de la sécurité sociale, 441.1 du code pénal).