

Première demande OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M

Prénoms : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

*(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical.

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

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

PIÈCES À JOINDRE

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

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M

Prénoms : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

*(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical.

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

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

PIÈCES À JOINDRE

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

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M
 Prénoms : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre
 Code postal : _____ Ville : _____
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____
 (1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

*(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical.

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

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

PIÈCES À JOINDRE

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

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____
 Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M

Prénoms : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____

ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

*(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical.

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

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

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

Attestation de salaire établie par le dernier employeur

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

DÉCLARATIONS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Notice d'utilisation à détacher

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 la caisse de Mutualité sociale agricole 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, s'il ne procède pas lui-même à cet envoi,
- le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, **l'attestation de salaire** remplie par votre dernier employeur.

MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

(article L. 751-7 du Code rural et de la pêche maritime L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale)

- 1** - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéas 1 et 2](#)).
- 2** - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle après examen du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), 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 à ces mêmes tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux) ([Cf article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 3](#)).
- 3** - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi, par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), 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% ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 4](#)).

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (articles : L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataire du formulaire