

Demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

A adresser à la
caisse de mutualité
sociale agricole

Votre identité

Madame
 Mademoiselle
 Monsieur

Nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se) ou du nom d'usage)

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 de MSA ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe

Votre situation professionnelle

● **Votre activité actuelle**

- Vous êtes salariés(e) date d'embauche

Nom de votre employeur :

Adresse

Code postal : Commune :

- Vous êtes non salariés(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"

A 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 reversion, autres...) :

NON OUI Si oui, lesquelles :

Nom et adresse organismes qui vous les paient :

..... depuis le

..... depuis le

..... depuis le

Demande établie le : à

Signature du demandeur

Cadre réservé à la caisse

Date de réception
N° d'enregistrement

La loi 78.17 du 6.1.78 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. 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).

Demande d'allocation des travailleurs de l'amiante salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

exemplaire
à conserver par le
demandeur

Votre identité

Madame
 Mademoiselle
 Monsieur

Nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se) ou du nom d'usage)

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 de MSA ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe

Votre situation professionnelle

● **Votre activité actuelle**

- Vous êtes salariés(e) date d'embauche

Nom de votre employeur :

Adresse

Code postal : Commune :

- Vous êtes non salariés(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"

A 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 reversion, autres...) :

NON OUI Si oui, lesquelles :

Nom et adresse organismes qui vous les paient :

..... depuis le

..... depuis le

..... depuis le

Demande établie le : à

Signature du demandeur

Cadre réservé à la caisse

Date de réception
N° d'enregistrement