

vosre identité

madame mademoiselle 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 _____

vosre activité pouvant ouvrir droit à l'allocation des travailleurs de l'amiante (compléter si nécessaire sur papier libre)

indiquez les nom et prénom ou dénomination sociale, adresse du (ou des) établissement(s) de construction et réparation navales, les périodes pendant lesquelles vous y avez été salarié(e), ainsi que le(s) métier(s) que vous y avez exercé(s).

nom	adresse(1)	secteur :	travaux de coque	du	période de travail
métiers			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	au	
			<input type="checkbox"/>		

(1) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :

nom	adresse(2)	secteur :	travaux de coque	du	période de travail
métiers			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	au	
			<input type="checkbox"/>		

(2) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :

vosre situation professionnelle

• **vosre situation actuelle**

- vous êtes salarié(e) date d'embauche _____

nom de vosre employeur : _____

adresse : _____

code postal _____ commune _____

- vous êtes non salarié(e) précisez vosre 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 "vosre activité antérieure"

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

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

• **vosre activité antérieure**

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

nom	adresse de l'établissement	secteur :	travaux de coque	du	période de travail
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	au	
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	au	
			<input type="checkbox"/>		

• **vosre dernier régime de retraite complémentaire**

AGIRC ARRCO IRCANTEC autre régime précisez lequel : _____

autres renseignements

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, précisez lesquelles : _____

nom et adresse des organismes qui vous les paient : _____

_____ depuis le _____

_____ depuis le _____

_____ depuis le _____

demande établie le _____ à _____

signature du demandeur _____ date de réception : _____

_____ n° d'enregistrement : _____

cadre réservé à la caisse

(1) indiquez le métier précisé sur la pièce justificative fournie (voir notice cas n° 2)
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).