

demande d'allocation des travailleurs de l'amiante salariés et anciens salariés des établissements de fabrication ou de traitement de l'amiante

A adresser à la
Caisse régionale
d'assurance maladie

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	n° téléphone	

votre 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) ainsi que les périodes pendant lesquelles vous y avez été salarié(e)		
nom	adresse de l'établissement (1)	période de travail
		du
		au
(1) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		
		du
		au
(1) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		
		du
		au
(1) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		

votre situation professionnelle																						
<ul style="list-style-type: none"> • votre situation actuelle - vous êtes salarié(e) <input type="checkbox"/> date d'embauche nom de votre employeur : adresse : code postal commune - vous êtes non salarié(e) <input type="checkbox"/> précisez votre situation : - vous exercez une activité professionnelle complémentaire, salariée ou non, vous procurant un revenu : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">nom</th> <th style="width: 40%;">adresse de l'établissement</th> <th style="width: 30%;">période de travail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">du</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">au</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">du</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">au</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">du</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">au</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • votre dernier régime de retraite complémentaire AGIRC <input type="checkbox"/> ARRCO <input type="checkbox"/> IRCANTEC <input type="checkbox"/> autre régime <input type="checkbox"/> précisez lequel : 		nom	adresse de l'établissement	période de travail			du			au			du			au			du			au
nom	adresse de l'établissement	période de travail																				
		du																				
		au																				
		du																				
		au																				
		du																				
		au																				

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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui, précisez 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	date de réception :
signature du demandeur	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).