

**demande d'allocation des travailleurs de l'amiante**

A adresser à la  
Caisse régionale  
d'assurance maladie

**salariés et anciens salariés atteints d'une maladie**

**professionnelle**

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

**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 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**

**vosre situation professionnelle**

**vosre activité actuelle**

- vous êtes salarié(e)  date d'embauche

nom de votre 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	durée	période de travail
		du	
		au	
		du	
		au	
		du	
		au	

• **vosre 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).