

Nous sommes là pour vous aider

Déclaration DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Article L. 28 alinéa 2 du Code des pensions civiles et militaires de retraite)

à remplir par les retraités de l'État ou leurs ayants cause

Déclaration à adresser au :

Service du personnel de la dernière affectation

ou à défaut au :

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

SERVICE DES RETRAITES DE L'ÉTAT

10, boulevard Gaston-Doumergue

44964 NANTES CEDEX 9



MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

1. - Renseignements concernant le déclarant

NOM DE NAISSANCE (en majuscules) :	
PRÉNOMS (dans l'ordre de l'état civil, soulignez le prénom usuel) :	
ÉPOUSE (pour les femmes mariées) :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLÈTE :	ADRESSE INTERNET :
	TÉLÉPHONE :

2. - Identification de la pension de retraite

NUMÉRO DE LA PENSION	TRÉSORERIE GÉNÉRALE QUI PAYE LA PENSION

3. - Nature de la maladie et date de la 1^{re} constatation médicale

MALADIE déclarée par la victime ou ses ayants-cause :
NUMÉRO de la maladie professionnelle dans le régime de la sécurité sociale (facultatif) :
DATE de la 1 ^{re} constatation médicale :

4. - Administration à laquelle appartenait l'ancien agent de l'État en dernier lieu

MINISTÈRE :
ADRESSE ADMINISTRATIVE :

5. - Catégorie ou niveau de l'ancien agent de l'État

	Cocher la case correspondante		
	TITULAIRE	STAGIAIRE	NON-TITULAIRE
Catégorie A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvriers d'Etat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. - Activité anciennement exercée

Cocher la case correspondante

Bureau	<input type="checkbox"/>	Laboratoire	<input type="checkbox"/>
Atelier	<input type="checkbox"/>	Archives	<input type="checkbox"/>
Terrain	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Enseignement	<input type="checkbox"/>		

7. - Lieux et dates précis d'exposition au risque

LIEUX D'EXPOSITION	PÉRIODE	
	DU	AU

8. - Eléments matériels éventuellement associés à la maladie professionnelle (machines-outils, véhicules, ...)

--

9. - Liste des emplois occupés durant la carrière (y compris hors de l'administration)

NOM ET ADRESSE DE EMPLOYEUR	PÉRIODE	
	DU	AU

10. - Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition

Je soussigné, (NOM, Prénom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés et sollicite :

- pour les fonctionnaires
- Le bénéfice de la rente viagère d'invalidité du Code des pensions civiles et militaires de retraite.
 - La prise en charge par l'Etat des frais médicaux (article 34-2, 2^e alinéa, de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984).
- pour les non-titulaires
- Le bénéfice des prestations du régime général (livre IV du Code de la sécurité sociale).

Cocher les cases correspondantes

Fait à, le

Signature du déclarant

Liste des pièces à joindre à la présente déclaration

Obligatoirement :

- Un certificat médical précisant la nature de la maladie professionnelle.

Si possible :

- Dossier médical constitué durant l'activité (rapport du médecin de prévention) ;
- Attestation de témoins ;
- Toutes pièces administratives justifiant l'exposition au risque.