

FORMULAIRE DE DECLARATION DE MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL (ZONE CIPRES)

OCCUPATIONAL DISEASE DECLARATION FORM (CIPRES)

Dans un délai de suivant la date de la première constatation faite par un médecin ou suivant la date à laquelle l'employeur a eu connaissance de la maladie
Within a period of according to the first diagnosis of the physician or when the employer became aware of the disease

Modalités : en quatre (4) exemplaires : 1 à adresser à l'inspection du travail du ressort / 1 to the labour inspectorate of management ;
Procédure : in four (4) copies : 1 à la Caisse de Sécurité Sociale / 1 to the Social Security Fund ;
1 à conserver par l'Employeur / 1 to be recorded by the Employer ;
1 à conserver par la victime / 1 to be kept by the victim.

Joindre : 1 certificat médical de constatation descriptive de la maladie alléguée par la victime; 1 certificat de genre de mort en cas de décès.
Enclose: 1 medical certificate describing the alleged disease of the victim; 1 death certificate in case of death.

Est-ce une première demande de reconnaissance ? / Is it the first application for? Oui /Yes Non/No

Si non, indiquer la date de la première demande /If no, specify the date of the first application :

I- EMPLOYEUR (dernier employeur) / EMPLOYER (last employer)

Nom et Prénom(s), ou raison sociale :
Surname and Given name(s), or Employer :

N° Employeur :
Employer's No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assuré volontaire ? / Voluntary insured person? Oui /Yes Non/No

Adresse : Tél. :
Address Tel.:

Activité(s) de l'entreprise :
Company's activity

Nombre de salariés de l'établissement au moment de la maladie :
Number of employees in the company at the time of the illness

Numéro d'identification nationale : (s'il y a lieu) :
National identification number : (if applicable)

II- VICTIME / VICTIM

Nom :
Surname :

N° Assuré
Insured person No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom(s) :
Given name(s)

Matricule : Sexe : Situation matrimoniale :
Registration No. Sex : Marital status

Date de naissance : Lieu de naissance :
Date of birth Place of birth

Nationalité : d'origine Actuelle :
Native nationality Current

Emploi/Profession (1) : Statut (2) :
Occupation (1) Status (2)

Date d'embauche : Ancienneté au poste de travail :
Date of employment Seniority in the position

Adresse de la victime ou parent proche :
Address of the victim or close relative

Tél. : E-mail :
Tel. E-mail

Date de la visite d'embauche : dernière visite périodique :
Date of the employment examination last periodic examination

Invalidités congénitales ou acquises antérieurement à la maladie :
Date of the employment examination last periodic Congenital or pre-disease disabilities

a) Consécutives à un accident du travail / Following an industrial accident : Taux d'IPPI/IPP rate : % N° de la rente/No. of annuity :

b) Non consécutives à un accident du travail / Not as a result of an industrial accident : Taux d'IPPI/IPP rate : % N° de la pension/Pension No. :

Pénalités en cas de fausse déclaration : Cf. textes de référence applicables dans chaque pays. / Penalties in case of false statement: see applicable laws in each country.

III- IDENTIFICATION DU POSTE DE TRAVAIL / WORKSTATION IDENTIFICATION

Typologie du poste de travail : Bureau Atelier Chantier Autres (à préciser) :

Type of workstation Office Workshop Construction-site Others (specify)

Nature du travail (1) :

Type of work (1)

Type de contrat : Durée indéterminée Durée déterminée

Type of contract Permanent Fixed-term

Autres : :

Other

Saisonnier Temporaire Journalier Apprenti Stagiaire Prisonnier

Seasonal Temporary Daily Apprentice Intern Prisoner

IV- DUREE DE L'EXPOSITION / DURATION OF THE EXHIBITION

Horaire de travail : de à :

Working hours from to

Nombre de jours de travail par semaine :

Working hours per week

Histoire professionnelle (Curriculum Laboris) Postes ou emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de maladie (1)

Occupational background (Curriculum Laboris) Previous positions or jobs that exposed the victim to the disease (1)

.....

.....

Raison sociale et adresse des employeurs <i>Employers and addresses</i>	Nature de l'emploi <i>Type of work</i>	Agent(s) nocif(s) <i>Harmful agent(s)</i>	Période / Period	
			Du/From	Au/To

V- CONDITIONS DE TRAVAIL / WORKING CONDITIONS

Description du poste de travail :

Description of the workstation

.....

Agent(s) nocif(s) suspecté(s) :

Suspected harmful agent(s)

.....

Autres informations :

Other information

.....

.....

- (1) Joindre, autant que possible, les copies des certificats de travail correspondant à ces emplois. / *Enclose, as far as possible, copies of the employment certificates for these jobs.*
- (2) Statut travailleur : retraité ou chômeur/Worker status / *Worker status : retired or unemployed.*

L'employeur continue-t-il à verser en TOTALITÉ pendant la période d'arrêt de travail ? OUI NON

Does the employer continue to pay in FULL during the period of absence from work? YES NO

Le déclarant (NB) / *The declarant (NB)*

Lieu et date d'établissement de la déclaration / *Place and date of the declaration*

Nom :

Surname

A :

At

Qualité :

Position

Le :

The

Signature *Signature/Signature*
(Signature et cachet de l'employeur) *(Signature et cachet de l'employeur/Signature of the employer)*

NB : a) Si la déclaration est faite par un préposé de l'employeur, celui-ci mentionnera sa qualité dans l'entreprise / *If the declaration is made by an attendant, he/she should mention his/her position in the company*
 b) Si elle est faite par la victime, celle-ci portera au-dessus de sa signature la mention « Maladie dont j'ai été victime » / *If the declaration is made by the victim, he/she shall mention above his/her signature: "The disease I suffered from"*
 c) Si elle est faite par ses représentants, ceux-ci mentionneront en quelle qualité ils agissent (père, mère, conjoint, enfant mandataire de la victime) et ils précisent leur adresse. / *If the declaration is made by the victim's representatives, they shall state their relationship (father, mother, spouse, mandatory child) and address*