



17, avenue Général Leclerc
13347 Marseille cedex 20
N° SIRET 341 246 122 0020

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Le soussigné,

Nom et prénom du malade : _____ Immatriculation SNCF

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

Adresse du malade : _____

Nom et prénom du déclarant si la déclaration n'est pas faite par l'agent ou l'ex-agent lui-même : _____

Qualité du déclarant (*conjoint, fils, fille, ...*) : _____

Adresse du déclarant : _____

N° de téléphone : _____ adresse mail : _____

Déclare être atteint de (ou que l'agent ou l'ex-agent est ou était atteint de) : _____

constatée médicalement le : _____

que j'attribue à une exposition à (*indiquez la nature du risque professionnel*) : _____

et je demande le bénéfice des prestations prévues par la législation sur les maladies professionnelles.

Par ailleurs, j'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements figurant ci-après relatifs à la situation professionnelle de l'intéressé et aux conditions d'exposition au risque.

Fait à _____, le _____

SIGNATURE :

N'oubliez pas de joindre le certificat médical si celui-ci vous a été demandé.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Le malade est-il agent de la SNCF en activité de service ? OUI NON

Établissement SNCF (dernier établissement pour les ex-agents) : _____

Nom et prénom du COSEC ou Responsable Sécurité (*uniquement pour les actifs*) : _____

N° de téléphone : _____ adresse mail : _____

Nom et prénom du Responsable RH : _____

Nom et prénom du Médecin du Travail : _____

Si le malade n'est plus en activité de service à la SNCF,

• Exerce-t-il une activité salariée ? OUI NON

Si oui, laquelle ? _____

• A-t-il exercé une activité salariée après la cessation de ses fonctions à la SNCF ? OUI NON

Si oui,

- de quelle date à quelle date : _____

- nature de cette activité : _____

- nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel le malade était affilié du fait de cette activité : _____

DÉCLARATION ANTÉRIEURE

Une déclaration antérieure a-t-elle été effectuée pour la même affection ? OUI NON

Si oui, indiquez,

- la date de cette déclaration : _____
- l'organisme auquel elle a été adressée : _____
- la suite donnée (*joindre une copie des correspondances échangées à l'époque ainsi que le ou les certificats médicaux produits*) : _____

DURÉE ET CONDITIONS DE L'EXPOSITION HORS SNCF

Emplois ayant exposé l'agent ou l'ex-agent au risque de la maladie :

Nom et adresse des employeurs ⁽¹⁾	Période		Poste occupé (Description des tâches et conditions)
	du	au	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant aux emplois hors SNCF.

DURÉE ET CONDITIONS DE L'EXPOSITION A LA SNCF

Etablissement et poste occupé	Période		Description des tâches effectuées (détailler les circonstances exactes de l'exposition)
	du	au	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____