

*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 civils de l'Etat ou leurs ayants cause

**Déclaration à adresser au :**

Service du personnel de la dernière affectation

**ou à défaut au :**

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

SERVICE DES RETRAITES DE L'ETAT

10, boulevard Gaston-Doumergue

44964 NANTES CEDEX 9

### 1. - Renseignements concernant le déclarant

NOM DE FAMILLE (en majuscules) :

PRÉNOMS (dans l'ordre de l'état civil, soulignez le prénom usuel) :

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLÈTE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

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 première 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 première 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

	<i>Cocher la case correspondante</i>		
	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)

	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<sup>e</sup> 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.