

# demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

## salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

A adresser à la Caisse  
d'assurance retraite  
et de la santé au travail

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

### votre identité

<input type="checkbox"/> madame	<input type="checkbox"/> mademoiselle	<input type="checkbox"/> 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	

### votre 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**

### votre situation professionnelle

#### votre activité actuelle

- vous êtes salarié(e)  date d'embauche

nom de votre employeur :

adresse :

code postal commune

- vous êtes non salarié(e)  précisez votre 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 "votre activité antérieure"

- vous n'avez pas actuellement d'activité salariée, complétez la rubrique "votre activité antérieure"

à titre indicatif, précisez la date prévue pour votre cessation d'activité (*facultatif*)

#### • votre activité antérieure

dans quelle(s) entreprise(s) avez-vous précédemment travaillé ?

nom	adresse de l'établissement	période de travail	
		du	
		au	
		du	
		au	
		du	
		au	

#### • votre 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		<b>cadre réservé à la caisse</b>
à		
<b>signature du demandeur</b>	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).

# ALLOCATION AMIANTE

## DÉPARTEMENT AMIANTE

### Liste des pièces justificatives à joindre à votre formulaire de demande d'allocation

#### Votre situation

**Salarié (ou ancien salarié)** reconnu(e) atteint d'une maladie professionnelle, au titre du régime général.



**Formulaire original de demande d'allocation complété, daté et signé.**



**Avec les photocopies des documents suivants**

- ▷ **Pièce d'état civil en cours de validité** (carte nationale d'identité ou passeport).
- ▷ **Vos 18 derniers bulletins de salaire.**
- ▷ **Une attestation de Sécurité sociale** mise à jour (téléchargeable à partir de votre compte ameli.fr pour les assurés du régime général).
- ▷ **Notification de reconnaissance de maladie professionnelle** au titre du tableau 30 ou 30 bis du régime général.

**Votre dossier complet est à envoyer à :**

**Cramif**  
**DÉPARTEMENT AMIANTE**  
17-19 avenue de Flandre  
75954 PARIS CEDEX 19