

Reçue le

Cadre réservé à l'Institut
National de Sécurité Sociale

MODELE M1.

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Identification du travailleur atteint d'une maladie professionnelle :

NOM :
 Postnom ou prénom :
 Surnom : N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale
 Sexe – F/M :
 Né à (lieu) Secteur : Territoire :
 Le
 Père :
 Mère :
 Adresse en vue du paiement :

 Quartier : Secteur : Territoire :
 Rue de : n° Commune : Ville :

Numéro de la carte d'identité

SECRET MEDICAL

Identification de l'employeur du malade :

NOM : Nom du déclarant :
 Postnom ou prénom : Postnom/Prénom :
 Raison sociale de l'entreprise :
 Adresse :
 Siège de l'exploitation :

N° d'affiliation de l'employeur :

Date d'entrée en service de la victime : Fonction habituelle :
 Date de la cessation du travail et éventuellement date du décès causé par la maladie professionnelle :

Etat des services du malade :

Employeurs précédents	Périodes de services	Fonctions exercées

CONFIDENTIEL

Renseignements divers :

REMUNERATIONS de la victime au cours de trois derniers mois
civils précédant celui au cours duquel la maladie professionnelle
a été constatée.

1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois

**Composition de la famille
du malade**

REPLIR LE VERSO

(Cachet de l'employeur)

Le soussigné certifie l'exactitude des renseignements contenus
dans la présente déclaration.

Fait à, le 20....

Signature

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU MALADE

1. Epouse monogame non divorcée de corps

- Nom et postnom :
- Résidence actuelle :
- Née le (âge réel ou apparent) :
- Nom du père :
- Nom de la mère :
- Village : Secteur : Territoire :
- Rue de N° Ville

1. Epoux monogame non divorcée ni séparé de corps, invalide et vivant entièrement à charge de la victime

- Nom et postnom :
- Résidence actuelle :
- Née le (âge réel ou apparent) :
- Nom du père :
- Nom de la mère :
- Village : Secteur : Territoire :
- Rue de N° Ville

3. Enfants âgés de moins de 16 ans

<u>Noms et postnoms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

4. Enfants âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans qui sont apprentis ou qui poursuivent des études dans des établissements d'enseignement de plein exercice

<u>Noms et postnoms</u>	<u>Age (date de naissance)</u>	<u>Résidence actuelle</u>
1.		
2.		
3.		
4.		

5. Enfants qui par suite de leur état physique ou mental sont incapables d'exercer une activité lucrative

- 1.
- 2.
- 3.

6. Enfants sous tutelle légale ou coutumière, orphelins de père ou de mère

- 1.
- 2.
- 3.

Les enfants précités sont à charge de :

Nom Prénom ou Postnom : Adresse :

Le soussigné certifie l'exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration

Fait à, le 20.....

Signature

(Cachet de l'employeur)