



Formulaire de demande de réparation d'une maladie professionnelle

Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

1. Identité du demandeur

Numéro du registre national - -

Nom
(pour les femmes : nom de jeune fille)

Prénom *(prénom officiel)*

Date de naissance
(jour, mois, année) / /

Rue, n° et boîte

N°

Bte

Code postal et commune

Code postal

Téléphone / Portable

E-mail

Numéro de compte bancaire

Langue *(cochez la case)* français néerlandais allemand

2. Formation

- Enseignement primaire pas achevé
- Enseignement primaire achevé en
- Enseignement secondaire inférieur achevé en
- Enseignement secondaire supérieur achevé en
- Enseignement supérieur non universitaire ou universitaire achevé en

3. Carrière professionnelle

< Si vous avez trop peu d'espace pour tout noter, vous pouvez ajouter une feuille.
 < Nature du travail: donnez une description très précise du travail que vous exerc(i)ez effectivement
 (par ex.: "conduire un camion de 20 tonnes" et non "ouvrier" ou "employé").

A. Votre employeur actuel (ou le dernier) en Belgique

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

B. Carrière professionnelle complète hors de Belgique

Avez-vous travaillé dans de pays autres que la Belgique ? Oui Non

Période d'occupation		Nom et adresse (+pays) de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

C. Employeur(s) chez qui vous avez probablement contracté votre maladie professionnelle

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

4. Votre mutualité

< Collez de préférence une **VIGNETTE**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mutualités Chrétiennes | <input type="checkbox"/> 4. Mutualités Libérales |
| <input type="checkbox"/> 2. Mutualités Neutres | <input type="checkbox"/> 5. Mutualités libres |
| <input type="checkbox"/> 3. Mutualités Socialistes | <input type="checkbox"/> 6. Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

5. Situation sociale

→ Percevez-vous une pension de retraite ou de survie belge ou étrangère ? Oui Non

< si vous avez introduit une demande, vous pouvez également remplir la date de prise de cours à venir et l'institution.

Si oui, depuis quand ? ___ / ___ / _____

De quelle institution ? Service fédéral des Pensions Autre :

→ Percevez-vous une indemnité pour maladie professionnelle d'une institution autre que Fedris ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? ___ / ___ / _____

→ Percevez-vous une indemnité de chômage ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? ___ / ___ / _____

Je demande réparation pour maladie professionnelle et confirme que la déclaration ci-dessus est complète et véritable.

Date : ___ / ___ / ___

Signature :

Renvoyez ce formulaire, avec l'attestation médicale 503 F à
Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles

Fedris attache une grande importance à la protection de vos données personnelles.
Plus d'informations sur : <https://www.fedris.be/fr/declaration-de-confidentialite>