

MODELE C – Maladie professionnelle

Complément d'informations à fournir par le chef d'établissement ou le chef de service concernant la victime d'une maladie professionnelle

1. (a) Nom (de jeune fille pour les agents féminins) de la victime, et prénom
- (b) N° de téléphone de l'établissement
- (c) La victime est-elle agent contractuel subventionné (ACS/APE/PART-APE) ? OUI – NON
- (d) Situation administrative au moment des faits (stagiaire, définitif, temporaire contractuel, etc.)
2. (a) Date de constatation de la maladie professionnelle
- (b) Date et heure auxquelles les faits ont été portés à la connaissance du chef d'établissement ou de service
3. (a) Lieu et date de naissance de la victime
- (b) Numéro de matricule
4. Numéro médical au MEDEX
5. (a) La victime est-elle en fonction dans plusieurs établissements ?
- (mentionner tous les établissements)
- (b) La victime était-elle en mission ou en détachement au moment des faits ?
- (si oui, préciser où)

A COMPLETER UNIQUEMENT S'IL S'AGIT D'UN ETABLISSEMENT SUBVENTIONNE

6. La victime jouissait-elle d'une subvention-traitement à charge de la Communauté française au moment de l'accident ? OUI – NON
7. Existe-t-il un contrat d'assurance couvrant les risques concernés ? OUI – NON
- Si oui, préciser la compagnie d'assurance :

Je déclare sur l'honneur que les réponses au présent questionnaire sont sincères et véritables.

A _____, le _____ / _____ / _____

Signature du chef d'établissement
ou de son délégué :

Nom et prénom de la personne
qui signe le document :