

## Déclaration de maladie professionnelle

Application de l'article 61 des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, de l'article I.4-99 du code du bien-être au travail et de l'article 64ter du R.G.H.S. des travailleurs dans les mines, minières et carrières souterraines.

1. TRAVAILLEUR
  - 1.1 Nom\*: ..... Prénom\*: .....
  - 1.2 Numéro NISS\*: .....
2. EMPLOYEUR
  - 2.1 Nom ou nom de la firme\*: .....
  - 2.2 Numéro BCE\*: .....
3. NATURE DE LA MALADIE\*
  - 3.1 Maladie professionnelle figurant sur la liste des maladies professionnelles reconnues (art. 30 des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)  
Maladie: ..... Code: .....
  - 3.2 Maladie **NE** figurant **PAS** sur la liste des maladies professionnelles reconnues (art. 30bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)  
Maladie: .....
  - 3.3 Maladie en relation avec le travail (art. 62bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)  
Affection: .....
  - 3.4 En cas de prédisposition ou premiers symptômes  
Maladie/affection: .....
4. NATURE DU RISQUE PROFESSIONNEL
  - 4.1 Données en relation avec le travail
    - 4.1.1 Secteur d'activité\*: ..... NACE: .....
    - 4.1.2 Occupé dans la section: .....
    - 4.1.3 Description des activités exercées par le travailleur\*: .....  
.....  
.....
  - 4.2 Cause probable de la maladie ou de l'affection\* (agents, produits, postures, mouvements, autres)  
.....  
.....
  - 4.3 Pas d'exposition chez l'employeur actuel  
Explication:.....
5. CONSEILLER EN PREVENTION-MEDECIN DU TRAVAIL FAISANT CETTE DECLARATION
  - 5.1 Nom\*: ..... Prénom\*: .....
  - 5.2 Adresse de correspondance: Rue\*: ..... Numéro\*: .....  
Code postal\*: ..... Commune\*: .....
  - 5.3 Téléphone/GSM: ..... adresse e-mail: .....
  - 5.4 Attaché à un service  interne de prévention  
 externe de prévention – Nom: .....
  - 5.5 Date\*: ...../...../.....
  - 5.6 Signature\*:

\* Champ à remplir obligatoirement.

En application de l'article 61bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, le médecin de l'Agence fédérale des risques professionnels informe le conseiller en prévention-médecin du travail de la suite réservée à la déclaration qu'il a introduite.