

Demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

A adresser à la
caisse de mutualité
sociale agricole

Votre identité

Madame
 Mademoiselle
 Monsieur

Nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se) ou du nom d'usage)

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 de MSA ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe

Votre situation professionnelle

● **Votre activité actuelle**

- Vous êtes salariés(e) date d'embauche

Nom de votre employeur :

Adresse

Code postal : Commune :

- Vous êtes non salariés(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"

A 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 reversion, autres...) :

NON OUI Si oui, lesquelles :

Nom et adresse organismes qui vous les paient :

..... depuis le

..... depuis le

..... depuis le

Demande établie le : à

Signature du demandeur

Cadre réservé à la caisse

Date de réception

N° d'enregistrement

Demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

exemplaire
à conserver par le
demandeur

Votre identité

Madame
 Mademoiselle
 Monsieur

Nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se) ou du nom d'usage)

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 de MSA ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe

Votre situation professionnelle

● **Votre activité actuelle**

- Vous êtes salariés(e) date d'embauche

Nom de votre employeur :

Adresse

Code postal : Commune :

- Vous êtes non salariés(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"

A 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 reversion, autres...) :

NON OUI Si oui, lesquelles :

Nom et adresse organismes qui vous les paient :

..... depuis le

..... depuis le

..... depuis le

Demande établie le : à

Signature du demandeur

Cadre réservé à la caisse

Date de réception
N° d'enregistrement

Demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

Loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

Notice à l'attention du demandeur

Madame, Monsieur,

Vous pouvez bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, si vous êtes dans l'un des cas suivants, **sous réserve que vous cessiez toute activité professionnelle et que vous ne soyez pas déjà titulaire d'un avantage personnel de vieillesse servi par un régime obligatoire, sauf s'il est servi par un régime spécial :**

1er cas : salariés et anciens salariés reconnus atteints d'une maladie professionnelle

Conditions d'ouverture de droits :

- vous êtes **reconnu(e) atteint(e)** au titre du régime des salariés agricole de sécurité sociale d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant au tableau 47 ou au tableau 47 bis des maladies professionnelles,

et

- vous avez **au moins 50 ans.**

Formalités à accomplir :

- complétez le formulaire
- joignez les pièces suivantes :
 - notification de reconnaissance de maladie professionnelle qui vous a été adressée par la caisse de Mutualité sociale agricole,
 - justificatif d'état civil : soit une photocopie de la pièce d'identité du demandeur qu'il aura de façon manuscrite, datée, signée et sur laquelle il aura apposé la mention certifiée conforme à l'original soit un extrait d'acte de naissance,
 - attestation papier accompagnant votre carte vitale,
 - originaux ou copie datée, signée et certifiée conforme à l'original par le demandeur de chaque bulletin de paie des 12 derniers mois d'activité salariée ou, en cas d'activité salariée discontinuée, bulletins de paie couvrant les 365 derniers jours d'activité salariée (pour éviter une éventuelle demande complémentaire, vous pouvez nous adresser dès maintenant ceux des 18 derniers mois d'activité salariée).
- adressez le dossier complet à la caisse de mutualité sociale agricole (CMSA) de votre lieu de résidence⁽¹⁾ ou, si vous résidez à l'étranger, à la CMSA de votre dernier lieu de travail en France.

⁽¹⁾ A la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) pour les personnes résident dans un département d'Outre -Mer.

Important

Nous vous conseillons de nous transmettre votre demande d'allocation dans les meilleurs délais, la date de dépôt de cette demande pouvant conditionner le point de départ de l'allocation.

Il conviendra de nous faire parvenir vos pièces justificatives originales ou, à défaut, des photocopies lisibles.

Attention

- Le bénéficiaire de cette allocation ne peut se cumuler :
 - ❖ ni avec le revenu d'une activité professionnelle salariée ou non salariée,
 - ❖ ni avec l'un des revenus ou allocations mentionnés à l'article L.131-2 du code de la sécurité sociale (revenus de remplacement, indemnités ou allocations chômage),
 - ❖ ni avec un avantage de vieillesse servi par un régime obligatoire, sauf s'il est servi par un régime spécial,
 - ❖ ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité.
- Une allocation différentielle peut être versée en complément :
 - ❖ d'une pension d'invalidité,
 - ❖ d'un avantage de réversion,
 - ❖ d'un avantage personnel de vieillesse s'il est servi par un régime spécial.
- Le versement de l'allocation est maintenu en cas de départ du bénéficiaire hors du territoire - français ou de son installation dans un état étranger.
- Le versement de cette allocation cesse lorsque le bénéficiaire remplit les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, telle que définie aux articles L.351-1 et L.351-8 du code de la sécurité sociale (conditions d'âge ou de trimestres d'assurance validés).