

B. Carrière professionnelle complète à l'étranger

→ Avez-vous travaillé à l'étranger? 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

< Ci-contre, veuillez coller une vignette ou cocher le nom de votre caisse d'assurance maladie.

- | | |
|--|--|
| <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? Office National des Pensions Autre :

→ Percevez-vous une indemnité pour maladie professionnelle d'une institution étrangère? 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 au
Fonds des maladies professionnelles – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles