

1. EMPLOYEUR

1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur

1.02 Adresse

1.03 Matricule de l'employeur auprès du Centre commun de la sécurité sociale

2. ASSURÉ

2.01 Nom, prénom de l'assuré

2.02 Matricule de l'assuré

2.03 Adresse

3. INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ DE L'ASSURÉ

3.01 Est-ce que la maladie a été déclarée?

Oui

Non

jour / mois / année

3.02 Description de l'activité de l'assuré

3.03 Est-ce que pendant cette activité, l'assuré a été :

- en contact avec des substances irritantes ou corrosives
 exposé au bruit
 exposé à l'inhalation de poussières, de gaz, de vapeur

- exposé à des vibrations
 exposé à de grands efforts physiques
 exposé à des gestes répétitifs

Autres risques :

3.04 Faites une brève description des gestes, postures et conditions de travail et donnez des précisions au sujet de l'exposition précitée, notamment en ce qui concerne la durée d'exposition (heures / jours; heures / mois) :

3.05 Quelles mesures de protection ont été prises pour éviter l'exposition citée sous le point 3.03. Le cas échéant, joignez des rapports.

3.06 Nom et adresse des personnes qui peuvent fournir d'autres renseignements :

4. SERVICE DE MÉDECINE AU TRAVAIL

4.01 Auprès de quel service de médecine au travail votre établissement est-il affilié?

4.02 Nom du médecin du travail

5. SIGNATAIRE (EMPLOYEUR OU SON REPRÉSENTANT)

5.01 Nom, prénom de l'employeur ou de son représentant

5.02 Fonction

5.03 Numéro de téléphone

5.04 Lieu, date

, le

jour / mois / année

Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire **par ordinateur** ou s'il est rempli à la main **à l'encre noire en caractères d'imprimerie**

Tout formulaire incomplet sera retourné !

La déclaration est à adresser à l'**Association d'assurance accident**,
soit par courrier à l'adresse postale L-2976 Luxembourg,
soit par fax au numéro +352 495335,
soit par courriel au **format PDF** à l'adresse declaration.aaa@secu.lu