

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 :**

1^{er} 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 général de sécurité sociale d'une **maladie professionnelle provoquée par l'amiante**, soit figurant au tableau 30 ou au tableau 30 bis des maladies professionnelles, soit sur avis du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles,

et

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

formalités à accomplir :

- complétez le formulaire S 6115
- joignez les pièces suivantes :
 - notification de reconnaissance de maladie professionnelle qui vous a été adressée par la caisse primaire d'assurance maladie,
 - justificatif d'état civil : livret de famille, carte nationale d'identité, passeport, titres de séjour (ou leur photocopie lisible), extrait d'acte de naissance (notamment si vous résidez à l'étranger),
 - attestation papier accompagnant votre carte Vitale,
 - bulletins 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 régionale d'assurance maladie (CRAM) de votre lieu de résidence (1) ou, si vous résidez à l'étranger, à la CRAM de votre dernier lieu de travail en France.

2^{ème} cas : salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante

conditions d'ouverture de droits :

- vous travaillez ou avez travaillé dans un ou plusieurs des établissements figurant sur la liste établie par arrêté interministériel, pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante,

et

- vous avez atteint l'âge pour bénéficier de cette allocation, calculé comme suit : le tiers de la durée du travail effectué dans le (ou les) établissement(s) susvisé(s) est soustrait de 60 ans (exemple : durée du travail effectué dans un (ou des) établissement(s) susvisé(s) = 15 ans. $60 \text{ ans} - 15 \text{ ans}/3 = 55 \text{ ans}$. Possibilité de bénéficier de l'allocation à partir de 55 ans). Cet âge ne peut être inférieur à 50 ans.

formalités à accomplir :

- complétez le formulaire S 6112
- joignez les pièces suivantes :
 - documents permettant d'étudier vos droits à l'allocation des travailleurs de l'amiante :
 - certificats de travail ou attestations établis par vos employeurs chez lesquels ont été fabriqués ou traités à l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante,
 - ou bulletins de paie concernant ces mêmes périodes,
 - ou tout autre document susceptible de prouver votre activité dans ces établissements,
 - justificatif d'état civil : livret de famille, carte nationale d'identité, passeport, titres de séjour (ou leur photocopie lisible), extrait d'acte de naissance (notamment si vous résidez à l'étranger),
 - attestation papier accompagnant votre carte Vitale,
 - bulletins 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 régionale d'assurance maladie (CRAM) de votre lieu de résidence (1) ou, si vous résidez à l'étranger, à la CRAM de votre dernier lieu de travail en France.

(1) A la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) pour les personnes résidant 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 bénéfice 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 de chômage),**
 - **ni avec un avantage personnel 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).**



n° 11687*02

demande d'allocation des travailleurs de l'amiante salariés et anciens salariés des établissements de fabrication ou de traitement de l'amiante

A adresser à la
Caisse régionale
d'assurance maladie

loi 98-1194 du 23.12.98 (article 41 modifié)

votre identité

<input type="checkbox"/> madame		<input type="checkbox"/> mademoiselle		<input type="checkbox"/> monsieur	
nom (de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))					
prénoms			date de naissance		
numéro d'immatriculation					
adresse					
code postal		commune		n° téléphone	

votre activité pouvant ouvrir droit à l'allocation des travailleurs de l'amiante (compléter si nécessaire sur papier libre)

indiquez les nom et prénom ou dénomination sociale, adresse du (ou des) établissement(s) ainsi que les périodes pendant lesquelles vous y avez été salarié(e)

nom	adresse de l'établissement (I)	période de travail
		du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(I) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		
		du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(I) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		
		du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(I) précisez ci-contre, si, à votre connaissance, cet établissement a fait l'objet d'une reconversion ou d'une fermeture définitive :		

votre situation professionnelle

• votre situation actuelle

- vous êtes salarié(e) date d'embauche

nom de votre employeur :

adresse :

code postal commune

- vous êtes non salarié(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"

à 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

• votre dernier régime de retraite complémentaire

AGIRC ARRCO IRCANTEC autre régime précisez lequel :

autres renseignements

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 réversion, autres ...) :

non oui si oui, précisez lesquelles :

nom et adresse des 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 :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 471.3 du code de la sécurité sociale, 441.1 du code pénal).

S 6112b