

**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<sup>er</sup> 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** et figurant au tableau 30 ou au tableau 30 bis 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.

(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 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).**

# demande d'allocation des travailleurs de l'amiante

## salariés et anciens salariés atteints d'une maladie professionnelle

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 <small>(de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se) ou du nom d'usage)</small> |  |                                       |  |                                   |  |
| 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 primaire, ainsi que les justificatifs précisés dans la notice jointe**

### votre situation professionnelle

**votre activité 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 _____<br>au _____ |
|     |                            | du _____<br>au _____ |
|     |                            | du _____<br>au _____ |
|     |                            | du _____<br>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 réversion, autres ...) :

non  oui  si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

nom et adresse des organismes qui vous les paient :

|  |           |       |
|--|-----------|-------|
|  | depuis le | _____ |
|  | depuis le | _____ |
|  | depuis le | _____ |

|                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| demande établie le _____      | <b>cadre réservé à la caisse</b> |
| à _____                       |                                  |
| <b>signature du demandeur</b> | date de réception : _____        |
|                               | n° d'enregistrement : _____      |

La loi 78.17 du 6.1.78 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).