

**DECLARATION DE RECHUTE
CONSECUTIVE A :**

- un accident de travail
 une maladie professionnelle ⁽¹⁾

Agence
Centre de paiement

Référence :

A remplir par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'agence, accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant :

VICTIME

Nom :
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) n° d'immatriculation

Prénoms :

né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à

Profession :

Adresse :

EMPLOYEUR ACTUEL OU DERNIER EMPLOYEUR (2)

Nom et Prénoms ou Raison Sociale : n° Employeur

Lieu de travail de la victime :

**EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL ETAIT LA VICTIME AU MOMENT
DE L'ACCIDENT OU DE LA CONSTATATION DE LA MALADIE**

Nom et prénoms ou raison sociale : n° Employeur

ACCIDENT OU MALADIE

accident survenu le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (1) n° Dossier

maladie constatée le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

date de la rechute

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (3)

Fait à le,
 Signature du Déclarant, (4)

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.
 (2) Pour les personnes n'exercant plus d'activité au moment de la rechute.
 (3) Avec ou sans arrêt de travail.
 (4) Indiquer les nom, prénom(s) et qualité du déclarant.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.