



## Demande d'expertise diagnostique concernant une dermatose de contact

### Demande de réparation - Législation sur les maladies professionnelles pour le secteur privé

#### Attention !

- > Vous pouvez uniquement utiliser ce formulaire de demande si vous travaillez actuellement comme *salarié dans le secteur privé* et si vous présentez avec une forte probabilité une *dermatose de contact* provoquée par vos *activités professionnelles actuelles*, sans que le diagnostic causal soit établi.
- > L'attestation médicale doit être complétée soit par votre médecin du travail, soit par votre dermatologue traitant.

#### 1. Identité du demandeur

Numéro du registre national

Nom  < pour les femmes : nom de jeune fille

Prénom  < prénom officiel

Date de naissance  /  /  < jour/mois/année

Rue, n° et boîte

Code postal et commune

Téléphone / GSM

E-mail  @

Numéro de compte

Langue  français  néerlandais  allemand

#### 2. Employeur actuel en Belgique

Date du début de l'occupation	Nom et adresse de l'employeur et lieu de l'occupation	Nature du travail

#### 3. Mutualité

< Collez ici une vignette ou cochez 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 indépendantes                         |
| <input type="checkbox"/> 3. Mutualités Socialistes | <input type="checkbox"/> 6. Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....             |  |

Je demande une réparation pour cause de dermatose professionnelle et je confirme que la déclaration ci-dessus est sincère et complète. Je confirme en particulier que je travaille comme salarié dans le secteur privé. Je souhaite être examiné le plus vite possible par un expert dermatologue désigné par Fedris. Je donne mon accord pour que le rapport de l'expert dermatologue soit envoyé au médecin qui signe l'attestation médicale 533 F.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature : .....

Envoyez ce formulaire en même temps que l'attestation médicale 533 F au  
**Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles (02/272 29 10)**