

A lire avant de compléter le formulaire

- Le présent formulaire peut être utilisé pour toute réclamation relative à l'ouverture du compte professionnel de prévention ou au nombre de points enregistrés sur celui-ci, dès lors que cette réclamation est liée à un désaccord avec votre employeur sur l'effectivité ou l'ampleur de votre exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'ancien article L. 4161-1 du code du travail (dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017).
- Conformément à l'ancien article L. 4162-16 du code du travail, votre réclamation ne peut intervenir qu'à compter de la réception de votre relevé de points ou à compter du 30 juin 2017 en l'absence de relevé de points et dans un délai de deux ans à compter de la fin de l'année d'exposition contestée (soit avant le 31 décembre 2018).
- De plus, **avant de saisir la caisse, vous devez impérativement porter votre réclamation devant l'employeur concerné** (par lettre recommandée avec avis de réception en y joignant la copie du relevé de points si vous l'avez reçu).
- En cas de réponse négative de sa part ou de décision implicite de rejet (absence de réponse de la part de votre employeur dans un délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation), vous pourrez alors porter cette réclamation devant la caisse compétente et ce dans un délai de deux mois à compter de la décision expresse ou implicite de rejet de votre employeur.
- Il est recommandé d'adresser votre courrier par **lettre recommandée avec avis de réception**.
- Votre réclamation sera traitée dans un délai de 6 mois à compter de la date de réception de votre envoi complet (formulaire et pièces justificatives).
- Attention, un formulaire de réclamation ne peut porter que sur un seul relevé de points et au titre d'un seul employeur.

Pour toute information appelez le **3682** (service 0.06 €/min + prix appel)

Important : merci de compléter le formulaire en majuscules à l'encre noire

Votre identité

Nom de famille (*nom de naissance*) : Prénom(s) :

Nom d'usage (*facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom marital*) :

N° de sécurité sociale (*13 caractères*) :

Date de naissance : / / Département de naissance :

Adresse : Numéro et nom de voie :

Code postal : Ville : Pays :

N° de téléphone (*où vous êtes joignable en semaine entre 8h00 et 18h00*) :

Personnel :

Professionnel :

Adresse e-mail (*facultatif*) :

Motif de la réclamation

Je souhaite contester le nombre de points figurant sur mon relevé **au titre de l'année 2016**

OU

Je n'ai pas reçu de relevé de points **au titre de l'année 2016** alors que j'aurais dû être déclaré exposé à un ou plusieurs facteur(s) de risque(s) professionnel(s)

Précisez l'objet de votre réclamation pour chaque facteur de risque professionnel concerné:

	Ajout du/des facteur(s) :	ou	Retrait du/des facteur(s) :
Travail répétitif.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Travail de nuit.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Travail en équipes successives alternantes.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Activités exercées en milieu hyperbare.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Températures extrêmes.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Bruit.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Agents chimiques dangereux.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Manutentions manuelles de charges.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Postures pénibles	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Vibrations mécaniques.....	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>

Si vous souhaitez apporter des précisions concernant les motifs de votre réclamation, veuillez les indiquer ci-après :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contrat de travail concerné

L'ensemble de ces informations peuvent figurer sur votre bulletin de salaire

Raison sociale de l'établissement (nom) : _____

N° de SIRET : _____

Adresse de l'établissement : Numéro et nom de voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Métier : _____

Type de contrat (CDI, CDD, intérim ; apprentissage ; etc.) : _____


Date de début du contrat : ____ / ____ / ____

Date de fin du contrat (Si vous êtes en CDI et toujours en poste, ne remplissez pas) : ____ / ____ / ____

Liste des pièces à fournir

Votre envoi doit comporter les pièces suivantes :

- Le présent formulaire dûment rempli
- La copie du courrier de réclamation préalable envoyé à l'employeur, accompagnée de son avis de réception
- Si vous l'avez reçue, la copie de la réponse négative de l'employeur et le justificatif de la poste indiquant la date de réception de cette réponse (en cas d'envoi en lettre recommandée avec avis de réception).

 Merci d'adresser votre formulaire ainsi que tous les documents requis (liste de pièces à fournir ci-dessus), **par lettre recommandée avec avis de réception**, à l'adresse suivante :

COMPTE PROFESSIONNEL DE PREVENTION
LIBRE REPONSE 86057
35099 RENNES CEDEX 9

Fait à : Le.....

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable d'escroquerie, de production de faux documents, de fausses déclarations, de déclarations inexactes ou incomplètes (art. 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1, 441-7 et 441-9 du code pénal).

Votre signature :