

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'article L. 4163-1 du code du travail (dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017).
- A noter que depuis le 1er octobre 2017, les facteurs de risques professionnels « Manutentions manuelles de charges », « Postures pénibles », « Vibrations mécaniques », « Agents chimiques dangereux » ne sont plus pris en compte par le compte professionnel de prévention, conformément aux dispositions de l'Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017.
En conséquence, ces quatre facteurs de risques ne peuvent pas faire l'objet de réclamation au titre de périodes postérieures au 1er octobre 2017.
- Conformément à l'article L. 4163-20 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 2022 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 2023).
- 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 (enquête sur pièces) ou de 9 mois (enquête sur place) 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.

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 2021**

OU

Je n'ai pas reçu de relevé de points **au titre de l'année 2021** alors que j'aurais dû être déclaré(e) exposé(e) à un ou plusieurs facteur(s) de risque(s) professionnel(s)

Précisez l'objet de votre réclamation pour chaque facteur de risques professionnels concerné *:

| | Ajout du/des facteur(s) : | Retrait du/des facteur(s) : |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| Travail répétitif..... | | ou |
| Travail de nuit..... | | ou |
| Travail en équipes successives alternantes..... | | ou |
| Activités exercées en milieu hyperbare..... | | ou |
| Températures extrêmes..... | | ou |
| Bruit..... | | ou |

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

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme gestionnaire du compte professionnel de prévention.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). 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 :