

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 plus faire l'objet de réclamation à compter du 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 2019 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 2020).
- 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.

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 à l'usage*) :

N° de sécurité sociale :

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 2018**

OU

Je n'ai pas reçu de relevé de points **au titre de l'année 2018** 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.....	<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"/>

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

