



CNPS

CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE SOCIALE

DECLARATION

- (1) ACCIDENT DU TRAVAIL
 MALADIE PROFESSIONNELLE

N° DECLARATION / / /

N° CNPS Employeur N° Ordre Année

(RESERVE A LA CNPS)

N° SINISTRE

1- EMPLOYEUR

N° CNPS EMPLOYEUR : N° CONTRIBUABLE :

NOM OU RAISON SOCIALE : SIGLE :

ADRESSE BP VILLE QUARTIER RUE

N° TELEPHONE N° CELLULAIRE FAX

2- VICTIME

N° CNPS SALARIE /

NOM : PRENOMS : SEXE (1) M - F

DATE DE NAISSANCE / / / LIEU DE NAISSANCE S/P

NATIONALITE

NOM ET PRENOMS DU PERE

NOM ET PRENOMS DE LA MERE

ADRESSE BP VILLE QUARTIER RUE N° TEL

FONCTION DANS L'ENTREPRISE

DATE D'EMBAUCHE / / DUREE DE PREAVIS / / JOURS

L'état de la victime avant l'accident (1) : invalide infirme atteint de maladie grave

La victime bénéficie-t-elle d'une rente ? (1) non oui (si oui, indiquer le taux d'incapacité) / %

3- ACCIDENT OU MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE / / HEURE / / MINUTES / / LIEU

AGENT MATERIEL

NATURE DES LESIONS

SIEGES DES LESIONS

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA CONSTATATION DE LA MALADIE.

Nature du travail effectué au moment de l'accident:

Horaires de travail dans l'entreprise: -Matin de / / / h / / / mn à / / / h / / / mn
- Après-midi de / / / h / / / mn à / / / h / / / mn

(1) cocher la case qui convient.

4- MEDECIN TRAITANT

NOM OU RAISON SOCIALE : _____ N° CNPS PRATICIEN _____
 ADRESSE BP VILLE QUARTIER RUE LOT
 N° TELEPHONE N° CELLULAIRE FAX

5- TIERS RESPONSABLE

NOM : _____ PRENOMS : _____
 ADRESSE BP VILLE QUARTIER RUE LOT
 N° TELEPHONE N° CELLULAIRE FAX
 SOCIETE D'ASSURANCE DU TIERS / /BP VILLE TEL.
 NUMERO DE LA POLICE DATE D'ETABLISSEMENT / / /
 NUMERO D'IMMATRICULATION DU VEHICULE MARQUE TYPE
 NUMERO DE SERIE

6- TEMOINS OU PERSONNES AVISEES

N°	NOM ET PRENOMS	PROFESSION	LIEN AVEC LA VICTIME	BOÎTE POSTALE	VILLE	TELEPHONE

7- PERSONNES A JOINDRE (en cas d'urgence)

N°	NOM ET PRENOMS	QUALITE	BOÎTE POSTALE	VILLE	QUARTIER	RUE	LOT	TELEPHONE

8. Les indemnités journalières doivent être payées à (1) la victime

l'employeur

DECLARATION FAITE A _____ LE / / /

PAR: NOM ET PRENOMS

FONCTION

AVIS IMPORTANT

(signature)

1- La présente déclaration (remplie en trois exemplaires, signées et cachetées) devra impérativement parvenir à la structure de la CNPS de votre circonscription dans les 48 heures à compter de la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie, le cachet de la poste faisant foi.

2- La CNPS se réserve le droit de réclamer des informations complémentaires et / ou de mener toute enquête utile pour le traitement du dossier.

3- Toute fausse déclaration sera rejetée et passible de poursuite judiciaire, conformément aux textes en vigueur.

4- Joindre à la déclaration, le bulletin de salaire du mois précédent l'accident ou la première constatation de la maladie, une photocopie de la pièce d'identité et éventuellement, le certificat médical délivré par le médecin traitant.

(cachet de l'employeur)

(1) cocher la case qui convient.