



CNPS

CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE 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° CONTRBUABLE
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

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 précédant 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.

(signature)

(cachet de l'employeur)

(1) cocher la case qui convient.