



# CNPS

CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE

## DECLARATION <sup>(1)</sup> 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 \_\_\_\_\_

(signature)

**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.

(cachet de l'employeur)

(1) cocher la case qui convient.