

DECLARATION

- d'accident du travail**
 d'accident de trajet
 de maladie professionnelle

N° Sinistre
(Réservé à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale)

A- Identification de l'employeur

N° CNSS employeur :
 Nom ou Raison sociale : Sigle :
 Adresse : Tél :
 BP : Fax : E.mail :

B- Renseignements généraux sur la victime

N° CNSS assuré : Nom et Prénoms :
 Nom de jeune fille : Date et lieu de naissance.....
 Adresse personnelle : Tél :
 Fax : E.mail :

Date d'embauche	Pays d'origine ⁽¹⁾	ancienneté dans l'entreprise ⁽¹⁾
__ / __ / ____ /	1- Congo	1- Moins d'un an
	2- Autres pays	2- de 1 à 5 ans
		3- Plus de 5 ans

Horaire normal de travail : matin : deh.....mn à hmn
 Après midi : de..... h mn à..... hmn

La victime bénéficie t- elle déjà d'une Rente ?

Oui, indiquez alors le taux d'incapacité : % non

Qualification professionnelle ⁽¹⁾

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1- Direction et cadre | 5- Manœuvre |
| 2- Maîtrise | 6- Employés |
| 3- Ouvriers qualifiés | 7- Personnel domestique |
| 4- Ouvriers ordinaires | 8 - Divers |

Préavis Indiquer une X	
---------------------------	--

<input type="checkbox"/>	8 jours
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	1 Mois
--------------------------	--------

<input type="checkbox"/>	3 Mois
--------------------------	--------

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

(1) Rayer les mentions inutiles ou entourer d'un cercle le chiffre retenu

(2) A remplir en cas d'accident de trajet

C- Renseignements sur l'accident ou la maladie professionnelle

Date de l'accident (ou de constatation de la maladie) : Heure.....h.....mn
 Lieu de l'accident :
 Un rapport de police (ou de gendarmerie) a-t-il été établi et par qui ?⁽²⁾

Élément matériel ⁽¹⁾

- 1- Obstacles, sols glissants ou encombrés, chutes plein pied
- 2- Chutes d'un niveau supérieur (camion, échelle, etc)
- 3- Objets en cours de manutention manuelle
- 4- Objets ou masses en mouvements accidentels
- 5- Particules ou petits éléments de matière
- 6- Machines, véhicules ou engins divers
- 7- Outils ou appareils divers
- 8- Electricité, matière explosive ou inflammable

Circonstances détaillée de l'accident ou de l'exposition au risque de maladie :

.....

Conséquences (Préciser le siège et la nature des lésions) :

.....

D- Renseignements sur le tiers responsable

Nom et prénoms :
 Adresse : Tél :
 Fax : E-mail
 Véhicule N° Marque Type et N° série
 N° de police d'assurance : Date de validité

(1) Rayer les mentions inutiles ou entourer d'un cercle le chiffre retenu

(2) A remplir en cas d'accident de trajet

Référence de la compagnie d'assurance du tiers :

Nom ou raison sociale :

Adresse : Tél :

BP : Fax : E-mail :

E- Témoins

Témoin N°1 : Nom et Prénoms :

Adresse : Tél :

BP : Fax : E-mail :

Témoin N°2 : Nom et Prénoms :

Adresse : Tél :

BP : Fax : E-mail :

F- Informations diverses

- Les indemnités journalières doivent être payées à

L'employeur ou à la victime

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts et sincères.
Je m'engage à prévenir immédiatement la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de tout fait qui viendrait à modifier la présente déclaration.

A..... le

Nom, Prénom et fonction du déclarant
(Signature et cachet de l'entreprise)