

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
INDUSTRIAL ACCIDENT DELARATION FORM

A ÉTABLIR EN 3 EXEMPLAIRES DONT / TO BE FILLED IN 3 COPIES

- **1er accompagné du certificat médical initial est adressé dans les trois (3) jours au CPS de votre ressort ;**
The 1st one including an initial medical certificate is sent within three days to the competent Social Insurance Centre of your area of residence ;
- **Le 2e est adressé dans les trois (3) jours à l'Inspection du travail de votre ressort ;**
The 2nd one is sent within three days to the Labour Inspectorate of your area of residence) ;
- **Le 3e est classé aux archives de l'employeur**
The 3rd one is kept in the Employer's archives

1) EMPLOYEUR / EMPLOYER :

N° CNPS employeur ou n° contribuable :
Employer number or tax payer No.
Nom ou raison sociale :
Name or Employer
Adresse : **Email :** **Tel :**
Address
activité professionnelle principale : **autres activités :**
Main occupational activity *Other activities*

2) VICTIME - VICTIM :

N° assure cnps :
NSIF Registration n°
Nom & prenom :
Surname and Given names
Date & lieu de naissance :
Date and place of birth
Nationalité :
Nationality
Resident a (quartier, ville) :
Resident in (neighbourhood, city)
Adresse : **Email :** **Tel :**
Address
Qualification professionnelle : **Poste occupé :**
Occupation *Position held*
Date d'embauche : **Ancienneté au poste :**
Hiring date *Seniority at the position*
Horaires de travail de la victime dans l'entreprise le jour de l'accident :
The victim's working hours in the company on the day of the accident

Le Travailleur a-t-il déjà été victime des risques professionnels ? OUI NON (1)
Has the worker already been a victim of occupational risks? *yes* *no*

1er cas : date : **taux d'incapacité P.....%**
1st case : date *permanent disability rate*
2e cas : date : **taux d'incapacité P.....%**
2nd case : date *permanent disability rate*
3e cas : date : **taux d'incapacité P.....%**
3rd case : date *permanent disability rate*
4e cas : date : **taux d'incapacité P.....%**
4th case : date *permanent disability rate*

3) CIRCONSTANCE ACCIDENT DU TRAVAIL - INDUSTRIAL ACCIDENT CIRCUMSTANCE :

Date : **Heure :**
Date *Hour*
Lieu de l'accident :
Place of accident
Agent matériel :
Hardware agent
Nature des lésions :
Nature of the injuries

Sieges des lésions :
Damaged organs

Description de l'accident (décrire brièvement comment l'accident est survenu) :
Description of the accident (describe briefly how the accident occurred)

4) CONSEQUENCE DE L'ACCIDENT - CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT :

Suite de l'accident :
After-effects of the accident

Sans arrêt de travail
Without sick leave

Arrêt supérieur à 24 heures
Sick leave more than 24 hours

Décès immédiat
Immediate death

La victime a-t-elle été hospitalisée ? Si oui où ? :
Has the victim been admitted in hospital? If yes, where ?

Tiers responsables : (le cas échéant si la cause de l'accident est imputable à un tiers :
Third party liability: (where applicable, if the accident is due to the action of a third party)

Nom ou raison sociale :
Name or business name

Adresse :
Address :

Organisme assureur et numéro de la police (en cas d'accident de circulation) :
Insurer and policy number (in case of traffic accident)

5) REMUNERATION DE LA VICTIME - REMUNERATION OF THE VICTIM :

Secteur de classification professionnelle **Catégorie** **Echelon :**
Area of occupation classification *Category* *Grade*

L'employeur continue-t-il à payer normalement ? OUI /yes NON/no :
Does the employer continue to pay as usual?

6) TEMOIN DE L'ACCIDENT - WITNESS OF THE ACCIDENT :

N° / No.	Nom et prénoms / surname and given name	Profession Occupation	Ville/City	Tél. / tel.

7) PERSONNES A JOINDRE (EN CAS D'URGENCE) - PERSONS TO CONTACT (IN CASE OF EMERGENCY)

N° / No.	Nom et prénoms / surname and given name	Qualité / Relationship	Ville / City	Tél. / Tel.

Déclaration faite a : **Le :**
Statement made in *The*

Par (nom et prenom) :
By (Surname and Given names)

lien du déclarant avec la victime :
Declarant's relationship with the victim

(SIGNATURE/SIGNATURE)

(CACHET DE L'EMPLOYEUR/ EMPLOYER'S SEAL)

N.B. : Si la déclaration est faite par la victime ou ses ayants-droit, le cachet de l'employeur n'est plus nécessaire

If the statement is made by the victim or his dependents, the employer's stamp is no longer necessary.

Si accident du trajet, produire procès-verbal (police, Gendarmerie ou huissier)

If commuting accident, produce a report (police, gendarmerie or bailiff).

Veuillez rappeler dans toutes vos correspondances votre numéro d'immatriculation

Please quote your registration number in all your letters

Toutes les correspondances adressées à la Caisse Nationale sont dispensées d'affranchissement

All letters addressed to the National Social Insurance Fund are exempt from postage

BP/PO.Box : 441 Yaoundé - Tél./Phone : 222-22-46-01 - Site web : www.cnps.cm - E-mail : cnps.cameroun@cnps.cm - Facebook : CNPS - Twitter : @CnpsCameroun