

**DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL
ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE**
*INDUSTRIAL ACCIDENT AND OCCUPATIONAL
DISEASE DECLARATION FORM*

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

- **le 1er** accompagné du certificat médical initial est adressé dans les trois (3) jours au Centre de Prévoyance Sociale de votre ressort ;
the 1st one accompanied with an initial medical certificate is sent within three days to the Social Insurance Centre of your area of resident ;
- **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 resident ;
- **le 3e** est classé aux archives de l'Employeur
the 3rd one is filled in the Employer's archives.

1) EMPLOYEUR / EMPLOYER :

Numéro employeur SCIFE (ou n° contribuable) :
SCIFE employer, number (or tax payer n°)
Nom ou raison sociale :
Name or business name
Adresse :
Address
Activité professionnelle :
Activity

2) VICTIME - VICTIM :

Matricule assuré CNPS :
NSIF Registration n°
Nom et Prénoms :
Name and Surnames
Emploi :
Occupation
Résidant à (quartier) :
Resident
Adresse :
Address

Le Travailleur a-t-il déjà été victime des risques professionnels ?
Had the Worker formerly been a victim of occupational risks ?

OUI NON (1)
yes no

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

3) ACCIDENT - ACCIDENT :

a) Circonstances :

Circumstances
Date : **Heure :**
Date Hour
Lieu de l'accident :
Place of accident
- **Village ou Quartier :**
Village or Quarter
- **Rue, Avenue, Boulevard (lieu précis) :**
Street, Avenue, Boulevard (exact place)
- **Arrondissement :**
Sub-division
- **Département :**
Division

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observations - Remarks :

.....
.....
.....

b) Conséquences de l'accident - Consequences of the accident :

- **Nature de lésions :**
Nature of injuries :

- **Siège des lésions (préciser la partie du corps atteinte) :**
Place of the injuries (state the part of the body injured) :

- **Suite de l'accident (1) :**
After-effects of the accident :

Sans arrêt de travail
No sick leave

Arrêt supérieur à 24 heures
Sick leave longer than 24 hours

Décès immédiat
Immediate death

La victime a-t-elle été hospitalisée ? Si oui où ? - Has the victim been kept in hospital ? If yes. Where ?

.....

c) Tiers responsables : (le cas échéant si la cause de l'accident est imputable à un tiers)

Third party (in the absence, if a third party is responsible for the accident)

Nom ou raison sociale :
Name or business name :

Adresse :
Address :

Organisme assureur et numéro de la Police (en cas d'accident de circulation).
Organization insurer and insurance policy number (in case of a traffic accident).

.....

4) MALADIE PROFESSIONNELLE : (joindre le dossier médical)

OCCUPATIONAL DISEASE : (please enclose the medical file).

5) REMUNERATION DE LA VICTIME - REMUNERATION OF THE VICTIM

a) Secteur de classification professionnelle
Section of occupational classification

b) Catégorie..... **Echelon**
Categorie Incremental position

c) L'employeur continue t-il à payer normalement la victime pendant la période d'indisponibilité ?
Does the employer continue to pay the victim during the period of disability ?

OUI
yes

NON
no

Si le travailleur n'a pas encore une ancienneté de 3 mois dans l'entreprise, indiquer sa date d'embauche

If the worker has been in the Company for less than three months, please mention the date of his employment.

..... / /
jour **mois** **année**
day *month* *year*

Signature de l'employeur dans un délai de trois (3) jours ouvrables à compter de la date de survenance du sinistre, ou en cas de carence, du travailleur dans un délai de trois (3) ans.

Signature of the employer within three (3) working days from the date of occurrence of the claim, or in case of default, of the worker within three (3) years.

Fait à....., **le**
At *on*

(1) rayer la mention inutile
strick out where inaplicable