

kwarat.com

Et l'administration devient simple

©**kwarat.com**, tous droits réservés.

La reproduction du contenu de ce site web, en tout ou en partie, est strictement interdite sans la permission écrite de l'auteur.

Tout autre matériel contenu sur ce site ne nous appartenant pas (photos, textes, images, logos, noms de produits ou de marques,...) est la propriété de leurs détenteurs respectifs.

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la Caisse Sociale en six exemplaires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 48 h. après l'accident.

N° d'accident : _____
Code : _____

Agence
Centre de paiement

Imp. CNAS 12 92 - AT 1

EMPLOYEUR

Nom, prénoms N° employeur _____
ou
Raison sociale
Profession Agence d'affiliation _____
Adresse
N° Téléphone Nbre approx. de salariés de l'établis. au moment de l'accid.
Chantier ou lieu de travail Commune Wilaya

VICTIME

Nom, prénoms : N° d'immatriculation _____
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :
Nationalité : Pays d'origine : Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] []
Adresse :
Qualification professionnelle (1) Date de recrutement : [] [] [] [] [] [] [] [] Sexe : M F (2)

ACCIDENT

Date [] [] [] [] [] [] Jour de la semaine **S D L M M J V** (2) [] heures [] minutes
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime (1) [] heures
horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de [] h. à [] h. et de [] h. à [] h.
Lieu de l'accident (1) (3)
Nature des lésions (1)
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) (1) Élément matériel (1)
Circonstances détaillées de l'accident :
Lieu où a été transportée la victime :
Suite probable (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR A 24 H. à compter du [] [] [] [] [] [] DÉCÈS IMMÉDIAT

TEMOINS

1 - Identité :
Adresse :
2 - Identité :
Adresse :
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI, par qui :

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers :
Organisme d'assurance du tiers

SALAIRE DE REFERENCE (1)

PERIODE	NOMBRE DE JOURS OU D'HEURES	SALAIRES SOUMIS A COTISATIONS	RETENUES		SALAIRES NET PERCU	PERIODICITE DE PAIEMENT
			SEC. SOCIALE	FISCALE		
du [] [] [] [] [] []						
au [] [] [] [] [] []						

Nom et qualité du signataire

.....
Fait à , le 19

Signature.

QUESTIONS POSEES AU CONTROLE MEDICAL

REPONSES DU CONTROLE MEDICAL

(1) Voir au verso
(2) Rayer les mentions inutiles
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger