

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.

Agence
Centre de paiement

N° d'accident :
Code :

EMPLOYEUR

imp. CNAS 12 92 - AT 1

Nom, prénoms N° employeur
ou
Raison sociale Agence d'affiliation
Profession
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