République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية

الصندوق الوطني للتأمين على المرض
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Loi n° 94-28 du 21 Février 1994)

Au moment de remplir cette déclaration, veuillez Consulter attentivement la notice d'utilisation

IMPORTANT
Joindre obligatoirement à la déclaration adressée à la C.N.A.M le certificat médical initial.

Réservé à l'Administration

EMPLOYEUR

Numéro d'affiliation à la C.N.S.S

Nom ou Raison Sociale .....

Adresse : .....

..... Code Postal : N° Téléphone : .....

Nature de l'activité : .....

VICTIME

Numéro d'immatriculation à la C.N.S.S

Nom et Prénom : ..... Prénom du père: .....

Nom de jeune fille : ..... Nationalité : ..... Sexe : M F

Date et lieu de naissance : Jour Mois Année à ..... N° C.I.N :

Adresse du domicile : .....

.....

Date d'embauche : Jour Mois Année Qualification professionnelle (1) : ..... Statut (2) : .....

Emploi Habituel : (3) ..... depuis : .....

Occupation au moment de l'accident : ..... depuis : .....

Adresse du lieu de travail habituel : .....

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ☐ oui ☐ non

ACCIDENT

Date et heure de l'accident (4) : Le Jour Mois année à heure minute min

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de : ..... à ..... et de ..... à .....

Lieu de l'accident (5) : .....

.....

Etablissement où s'est produit l'accident : ☐ Chantier ☐ Atelier ☐ Bureau ☐ Autres

Nombre de travailleurs dans l'établissement au moment de l'accident : ..... → à préciser .....

Circonstances détaillées de l'accident (6) : .....

.....

.....

Agents matériels ayant provoqué l'accident (7) : ..... forme de l'accident (8) : .....

Siège de la lésion (9) : .....

Nature de la lésion (10) : .....

Lieu où a été transportée la victime : ..... A quelle heure? .....

Conséquence ☐ SANS ARRET DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRET DE TRAVAIL ☐ DECES

En cas d'arrêt de travail :

Date et heure de l'arrêt de travail : Jour Mois année heure minute min

Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu? ☐ oui ☐ non

Si le salaire est maintenu, pour quelle durée ? .....

et à quel montant? D par ..... (jour, mois ou autres)

TEMOINS

Noms, Prénoms et adresses :

.....

.....

A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale? son numéro .....

Date ..... Poste : .....

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers? ☐ oui ☐ non

Si oui { Nom, Prénom et adresse du responsable : .....
Société d'assurance : .....

Je soussigné (nom et prénom) ..... déclare sur l'honneur en ma qualité de ..... que les renseignements ci-dessus sont sincères et véridiques

Remarque : Cette déclaration doit être établie en trois exemplaires et transmise
- à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- au poste de police ou de la garde nationale le plus proche du lieu de travail de la victime
- À l'inspection du travail territorialement compétente.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet de l'entreprise

fc318518c090048af

CNAM AT 001