REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(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 CNAM le certificat médical initial.

Réservé à l'Administration

EMPLOYEUR (1)

Numéro d'affiliation à la C.N.S.S

Nom ou Raison Sociale : .....

Adresse : .....

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

Nature de l'activité : .....

VICTIME

Numéro Matricule à la C.N.S.S

Nom et Prénoms : ..... 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 : .....

..... Code Postal

Date d'embauche : jour mois année Qualification professionnelle (2) : ..... Statut (3) : .....

Emploi habituel :(4) ..... depuis : .....

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

MALADIE PROFESSIONNELLE

Désignation de la maladie : (5) ..... N° du tableau correspondant .....

Constatation de la maladie par (nom du medecin) ..... le : Jour mois année

Nature du travail : (6) .....

Date de cessation d'exposition à l'agent nocif ..... le : Jour mois année

A-t-elle entrainé un arrêt de travail : oui ☐ non ☐

En cas d'arrêt de travail

Date d'arrêt de travail : Jour mois année Le salaire est-il maintenu ? oui ☐ non ☐

Si oui, pour une durée de : ..... et au montant de : D ..... par .....
(heure, jour, mois ou autres)

Emplois antérieurs exposant au risque de maladie professionnelle
(joindre autant que possible, attestations du travail correspondant à ces emplois)

Raison Sociale, Adresse de l'employeur et n° d'affiliation à la C.N.S.S	Nature du travail	Agents nocifs	Période	
			du	au

CNAM AT 003

Je soussigné (nom et prénoms) .....déclare sur l'honneur . en ma qualité de (7).....

, 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.

Signature et cachet de l'entreprise

Fait à .....le.....