



DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(A établir par l'employeur qui la fait parvenir à la CNSS au plus tard 48 heures après l'accident et est tenu d'en garder copie)

DATE20101025

Les zones en * sont réservées à la CNSS

Les dates sont en format JJ MM AAAA

I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

N° Employeur

Raison sociale (1)

Activité principale Code *

BP Ville Code *

Rue N°Bâtiment

Tél Fax

E-mail

II. IDENTIFICATION DE LA VICTIME (2)

N° Assurance

Nom naissance

Prénoms

Nom époux (3)

Date de naissance Sexe : F M

Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nationalité Code *

BP Ville Code *

Rue N°Bâtiment

Tél Fax

E-mail

Qualification professionnelle (4) Code *

Date d'embauche

Poste occupé

Ancienneté au poste ans mois jrs Ancienneté dans l'entreprise ans mois jrs

Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail ? Oui Non Si oui,

N° Sinistre N° Rente Taux %

III. IDENTIFICATION DE L'ACCIDENT

Date de l'accident Heure : H Min

Lieu (4) Code *

N° du carnet d'accident du travail

Cet imprimé est à votre disposition dans toutes nos structures. Veuillez ne pas utiliser sa photocopie. Il doit être rempli en caractères majuscules et sans ratures.

DAT20101025

Horaires de travail de la victime:

Matin	Début	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min	Fin	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min
Après-midi	Début	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min	Fin	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min
Nuit	Début	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min	Fin	<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	Min

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non Si oui, Lesquelles ?

<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
----------------------	--------	----------------------

Nature des lésions (4) Code *

Siège des lésions (4) Code *

Élément matériel (4) Code *

Nature du travail effectué au moment de l'accident

Circonstances détaillées de l'accident

La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

Si oui, Date de commencement de l'arrêt Durée de l'arrêt Jour(s)

L'accident a-t-il entraîné la mort ? Oui Non

Y a-t-il eu un constat ? Oui Non Si oui, par Huissier Police Gendarmerie

Préciser le nom de la brigade

Accident causé par un tiers

Nom

Prénoms

Compagnie d'assurance Code *

N° de plaque d'immatriculation

Témoins

Nom

Prénoms

BP Ville Code *

Tél

Salaires

Montant brut des salaires encaissés ou qui auraient pu être encaissés FCFA

Nombre de jours de travail correspondant Période des payes : Heure Jour Semaine Mois

Le salaire de la victime est-il maintenu pendant l'arrêt de travail ? Oui Non

Fait à le

Signature et cachet de l'employeur

(1) Saisir nom et prénoms pour l'employeur du personnel domestique
 (2) Les adresses se trouvant dans cette rubrique sont personnelles
 (3) A remplir uniquement pour les femmes
 (4) Voir les indications à préciser sur l'annexe