



## النموذج المحدد بموجب

## الشهادة الممنوحة من طرف المشغل للمصاب بحادثة الشغل أو لذوي حقوقه أو من يمثلهم

تطبيقا للمادة 14 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أولا: معلومات حول المشغل

CEGELEC

(\*) إسم المشغل أو المقاول أو المؤسسة :

الصفة

(\*) الممثل القانوني للمشغل أو من ينوب عنه أو المقاول أو المؤسسة :

مقره (ها) الاجتماعي :

(\*) رقم الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية :

ثانيا: معلومات حول مقابلة التأمين وإعادة التأمين (المؤمنة مسؤولية المشغل)

إكسا التأمين المغرب

(\*) اسم مقابلة التأمين وإعادة التأمين :

(\*) اسم الممثل القانوني لمقابلة التأمين وإعادة التأمين :

(\*) مقرها (ه) الاجتماعي : 122 شارع الحسن الثاني الدار البيضاء

31/12/2026 إلى

01/01/2026

صالحة من:

1842.2024.0.00004

(\*) رقم عقد أو بوليصة التأمين :

ثالثا: معلومات حول المصاب بحادثة الشغل

(\*) الاسم الشخصي والعائلي للمصاب :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

(\*) تاريخ ومكان الإيداع :

(\*) العنوان :

عدد الأطفال :

الحالة العائلية : عازب (ة) ☐ متزوج (ة) ☐ عدد الزوجات :

(\*) رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو أي نظام آخر للحماية الاجتماعية :

رابعا: معلومات حول الحادثة التي وقعت

بتاريخ الحادثة : على الساعة : داخل مقر العمل: ☐ في إطار تكليف بعهمة: ☐ أثناء مسافة الذهاب والإياب: ☐

مكان الحادثة :

(\*) وقد خلفت الحادثة إصابات خطيرة: ☐ إصابة بليغة: ☐

بتاريخ

وحرر في

الختم والإمضاء:

(المشغل أو أحد مأموريه)



ملاحظة هامة :

- المعلومات التي تحمل علامة (\*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف المشغل أو أحد مأموريه .

- في حالة عدم تسليم هذه الشهادة فور إخبار المشغل أو أحد مأموريه بوقوع الحادثة، تطبق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.

- نذكركم بأحكام القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

المادة 14 (الفقرة الثانية): (...) ويتعين على المشغل، فور إخباره بالحادثة، أن يسلم المصاب بالحادثة أو لذوي حقوقه أو من يمثلهم شهادة تتضمن، على الخصوص، إسم المشغل والمصاب بالحادثة وعنوانهما ونوع الحادثة وتاريخ وقوعها. وإسم المقابلة المؤمنة ورقم بوليصة التأمين ورقم تسجيل المصاب بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويحدد نموذج هذه الشهادة بقرار للسلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل.

المادة 37 (البند 1 و 2 و 3): يتحمل المشغل أو مؤمنه المصاريف الآتي بيانها سواء انقطع المصاب بالحادثة عن العمل أم لا :

1- مصاريف التشخيص والعلاجات الطبية والجراحية والميدانية ومصاريف الاستشفاء ومصاريف التحليلات والفحوصات والمصاريف الواجب أدائها للأطباء وللمساعدين الطبيين، وبوجه عام جميع المصاريف التي يستوجبها علاج المصاب؛

2- مصاريف المستلزمات الطبية التي تفرضها الحادثة بما فيها المصاريف التي تفرضها الحادثة والمتعلقة بتبديل أجهزة استبدال أو تقويم الأعضاء أو بإصلاحها أو بتجديدها ؛

3- مصاريف نقل المصاب إلى محل إقامته الاعتيادي أو إلى مؤسسة عمومية أو خصوصية للاستشفاء والعلاج الأقرب من مكان وقوع الحادثة: (...)

المادة 39 (الفقرة الثالثة): (...) لا يمكن للمؤسسات العمومية أو الخصوصية للاستشفاء والعلاج أو الطبيب المعالج أن يطالبوا المصاب بحادثة الشغل بأداء المصاريف المنصوص عليها في المادة 37 أعلاه إلا في الحالتين التاليتين :

1- إذا لم يقدم المصاب الشهادة المنصوص عليها في الفقرة الثانية من المادة 14 أعلاه :

2- إذا قدم المصاب هذه الشهادة ووافق، قبل تلقيه العلاج الأولي، على تحمل مصاريف إضافية تتجاوز تعريفة المصاريف المحددة في القرار المشترك المشار إليه في الفقرة الأولى من المادة 38 أعلاه، وفي هذه الحالة يجب أن تتضمن الشهادة الطبية الأولية موافقة المصاب على تحمل هذه المصاريف الإضافية.





النموذج رقم 1

تصريح بحادثة شغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه لمقاولة التأمين وإعادة التأمين

تطبيقا للمادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله

(\*) الاسم الشخصي والعائلي: بصفتي:

(\*) لدى المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

(\*) مقره (ها) الاجتماعي:

رقم الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

أصرح طبقا للمادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

(\*) لمقاولة التأمين وإعادة التأمين:

(\*) أو لممثلي القانوني:

(\*) مقرها / مقره الاجتماعي:

(\*) رقم عقد أو بوليصة التأمين:

إلى:

بحادثة الشغل التي وقعت

(\*) بتاريخ: على الساعة: داخل مقر العمل: في إطار تكليف بـ: أثناء مسافة الذهاب والإياب: المدينة:

(\*) عنوان مكان وقوع الحادثة:

(\*) نتجت عن الظروف والأسباب التالية:

(\*) وقد خلفت الحادثة للمصاب: إصابة خفيفة: إصابة بليغة: وفاة:

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة:

(\*) لم يترتب عن الحادثة توقف المصاب عن العمل (\*) ترتب عنها توقف المصاب عن العمل

(\*) لمدة: يوما من: إلى غاية: طبقا للشهادة الطبية الأولية المؤرخة في: بمؤسسة العلاج والإستشفاء:

المسلمة من طرف الطبيب المعالج:

شهود الحادثة:

1. السيد (ة): الجنسية: رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

العنوان:

2. السيد (ة): الجنسية: رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

العنوان:

المعطيات المتعلقة بالمصاب بالحادثة

(\*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر أنثى

(\*) مهنته (ها): عنوانه (ها):

(\*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: جنسيته (ها): تاريخ التشغيل:

رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

(\*) الأجرة: اليومية: أو الأسبوعية: أو الشهرية: / أجرة 12 شهر السابقة للحادثة: عدد الأطفال: عدد الأصول:

الحالة العائلية: عازب (ة) متزوج (ة) عدد الزوجات: عدد اليتامى:

في حالة الوفاة: عدد الأرامل:

(\*) حوادث الشغل السابقة: تعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: لم يتعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

(المصرح)

ملاحظة هامة:

المعلومات التي تحمل علامة (\*) بنعين ملوها وجوبا بحسبة دقيقة من طرف المصرح

يتم التصريح داخل أجل خمسة أيام الموالية لتاريخ وقوع الحادثة. إما بإيداعه مباشرة لدى المقاولة المؤمنة للمشغل مقابل وصل بالإيداع أو يرسل بواسطة رسالة مضمونة الوصول مع الإشعار بالتوصل

يرفق التصريح بنظير من الشهادة الطبية الأولية وعند الإقتضاء، بمحضر الصابغة التقصانية أو وصل معاينة الحادثة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب والإياب. ما لم تحل دون ذلك أسباب مشروعة

في حالة عدم التصريح تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.



#### النموذج رقم 4

إخبار المديرية الإقليمية للتشغيل بوقوع حادثة الشغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه  
طبقا للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله :



بصفتي:

(\*) الاسم الشخصي والعائلي:

(\*) لدى المشغل أو المقاول أو المؤسسة:

(\*) مقره (ها) الإجتماعي:

(\*) القطاع الإنتاجي:

(\*) رقم الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

(\*) ☐ غير مؤمن ضد حوادث الشغل ☐ مؤمن ضد حوادث الشغل

(\*) في حالة التأمين، لدى مقاوله التأمين وإعادة التأمين أو ممثليها القانوني :

(\*) مقرها (ه) الاجتماعي:

(\*) رقم عقد أو بوليصة التأمين:

صاحبة من: إلى:

أخبر طبقا للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل:

(\*) المديرية الإقليمية للتشغيل :

في شخص من يمثلها :

المدينة أو الإقليم:

مقرها:

#### بجاذبة الشغل التي وقعت

(\*) بتاريخ: على الساعة: داخل مقر العمل: ☐ في إطار تكليف بمهمة: ☐ أثناء مسافة الذهاب والإياب: ☐

(\*) عنوان مكان وقوع الحادثة :

المدينة:

(\*) نتجت عن الظروف والأسباب الآتية:

(\*) وقد خلفت الحادثة للمصاب: إصابة خفيفة ☐ إصابة بليغة ☐ وفاة ☐

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة :

#### المعطيات المتعلقة بالمصاب بالحادثة

(\*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر ☐ أنثى ☐

(\*) مهنته (ها): عنوانه (ها):

(\*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: جنسيته: تاريخ التشغيل:

(\*) رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

حوادث الشغل السابقة: تعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: ☐ لم يتعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: ☐

تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:
تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:
تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:

وحرر في بتاريخ:

الخاتم والإمضاء:

(المشغل أو أحد مأموريه)

ملاحظة هامة :

- المعلومات التي تحمل علامة (\*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف المشغل أو أحد مأموريه.
- يحرر هذا الإخبار بالحادثة من طرف المشغل أو أحد مأموريه في نموذجين، ويحتفظ وجوبا المشغل بنموذج منه بعد ختمه من طرف المديرية الإقليمية للتشغيل المختصة قصد إثبات الإخبار.
- يتعين على المصاب أو ذوي حقوقه، في حالة عدم تأمين المشغل أو عدم خضوعه لإجبارية التأمين، إتباع المسطرة القضائية طبقا لأحكام قانون المسطرة المدنية والقانون رقم 18.12.
- في حالة عدم الإخبار، تطبق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.