



النموذج رقم 1

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

تطبيقاً لل المادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أsole

بصفتي:

(*) الاسم الشخصي والعائلي:

(*) لدى المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الاجتماعي :

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

أصن طبقاً لل المادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

(*) لمقاولة التأمين وإعادة التأمين:

(*) أو ملتملاً القانوني :

(*) مقرها / مقره الاجتماعي :

(*) رقم عقد أو بوليصة التأمين:



إلى:

صالحة مق:

(*) بتاريخ: _____ على الساعة: _____

أثناء مسافة الذهاب والإياب: داخل مقر العمل: في إطار تكليف بمهمة:

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة:

(*) نتيجة عن الظروف والأسباب التالية:

وفاة إصابة خفيفة: إصابة بلطفة:

(*) وقد خلفت الحادثة للمصاب:

نوعية الأضرار البينية في حالة الإصابة:

(*) لم يترتب عن الحادثة توقيف المصاب عن العمل

(*) لمدة: _____ يوماً من:

المسلمة من طرف الطبيب المعالج:

شيفو الحادثة:

طبقاً للشهادة الطبية الأولية المؤرخة في:
مؤسسة العلاج والاستشارة:

رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

الجنسية:

1. السيد (ة):

العنوان:

رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

الجنسية:

2. السيد (ة):

العنوان:

المعلومات المتعلقة بالتصاص بالحادثة

ذكر أنثى

المزاداد (ة) بتاريخ:

(*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي):

(*) مينته (ها): عنوانه (ها):

تاريخ التشغيل:

جنسيته (ها):

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

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

(*) الأجرة الشهرية: أو الشهري:

أجل 12 شهر السابقة للحادثة

(*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي):

(*) مينته (ها): عنوانه (ها):

عدد الأطفال:

عدد الزوجات:

متزوج (ة):

الحالة العائلية: عازب (ة):

عدد الأصول:

عدد البنائم:

في حالة الوفاة: عدد الأرامل:

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

تاريخ الحادثة:

نسبة العجز: تاريخ الحادثة:

تاريخ الحادثة:

نسبة العجز: تاريخ الحادثة:

تاريخ الحادثة:

نسبة العجز: تاريخ الحادثة:

تاريخ الحادثة:

بتاريخ

حرر في

الختام والامضاء:

(المسير)

ملحقطة هامة

المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وحوبا بصفة دقيقة من طرف المحرر

يتم التصريح داخل أجل الحسنة أيام المولدة لتاريخ وقوع الحادثة، إما بإيداعه مباشرة لدى المقاولة المختصة للتشغيل وصل بالإيداع أو برسيل بواسطة رسالة مضمونة الوصول مع الاشعار بالخصوص

يرفق التصريح بتلقيه من الشهادة الطبية الأولية وعند الاقتضاء، بمحضر الصاحبة التصانيف أو وصل معاينة الحادثة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب والإياب، ما لم تحل دون ذلك أسباب مشروعة.

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



النموذج رقم 4

أخبار المديرية الإقليمية للتشغيل بخصوص حادثة الشغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه

طبقاً للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله :

بصفتي:

(*) الاسم الشخصي والعائلي:

(*) لدى المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

(*) مقرها (ها) الاجتماعي:

(*) القطاع الإنثاجي:

(*) 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 مقاولة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني :

(*) مقرها (ها) الاجتماعي:

(*) رقم عقد أبوليصة التأمين:

إلى:

صالحة من:

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

(*) المديرية الإقليمية للتشغيل :

في شخص من يمثلها :

مقرها:

المدينة أو الإقليم:

بحادثة الشغل التي وقعت

داخل مقر العمل: في إطار تكليف بمهمة: أثناء مسافة الذهاب والإياب:

على الساعة:

المدينة:

(*) بتاريخ :

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة :

(*) نتجت عن الظروف والأسباب الآتية:

 وفاة إصابة بلغة إصابة خفيفة

(*) وقد خلفت الحادثة للصباح :

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة:

المعلومات المتعلقة بالصباح بالحادثة

 ذكر أنثى

المزداد (ة) بتاريخ:

(*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي):

(*) مهنته (ها):

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

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:

نسبة العجز:

تاريخ الحادثة :

تاريخ الحادثة :

نسبة العجز:

تاريخ الحادثة :

تاريخ الحادثة :

بتاريخ

حرر في

الخاتم والإمضاء:

(المشغل أو أحد مأموريه)

ملاحظة هامة:

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

يعذر هذا الإخبار بالحادثة من طرف المشغل أو أحد مأموريه في نموذجين. ويحتفظ وجوباً المشغل بنموذج منه بعد ختمه من طرف المديرية الإقليمية للتشغيل المختصةقصد إثبات الإخبار.

يتعين على الصباغ أو ذوي حقوقه، في حالة عدم تأمين المشغل أو عدم خصوصه لجبارية التأمين، اتباع المسطرة القضائية طبقاً لأحكام قانون المسطرة البدنية والقانون رقم 18.12.

في حالة عدم الإخبار، تطبق الفراغات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.