REPUBLIQUE TUNISIENNE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

DECLARATION D'ACCIDENT DE 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 CNSS le certificat médical initial.

Norm or Ration Sociale: Addresse: Code Postal	EMPLOYEUR	Numéro d'affiliation à la C.N.S.S	Réservé à l'administration
Activese: Code Postal No Telephone: No	Nom ou Raison S		
Nome to prefrome : VicTime	Adresse:		
Nom et prénom:	Code Postal N° Téléphone :		
Nom et prénom :	Nature de l'activi	té :	
Nom de jeune fille : Nationalité : Sexe :	VICTIME	Numéro Matricule à la C.N.S.S	
Date et lieu de naissance :	•	•	
Adresse du domicile :			
Code Postal	jour mois année		
Date d'embauche : jour mois année Emploi Habituel :			
ingloi Habituel (1):			
imploi Habituet (**):	iour mois année		
Accident a-t-il d'autre victimes Oui Non ACCIDENT	Emploi Habituel	(3) depuis :	1
Caccident a-t-il d'autre victimes Oui Non ACCIDENT Date et heure de l'accident Le jour mois année heure minute foraire de travail de la victime le jour de l'accident : de	Occupation au mo	oment de l'accident : depuis :	
ACCIDENT Date et heure de l'accident ⁽⁴⁾ Le	Adresse du lieu de travail habituel :		
Date et neure de l'accident l'. Le jour mois année heure minute Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de	L'accident a-t-il d	l'autre victimes Oui Non	
Date et neure de l'accident l'. Le jour mois année heure minute Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de	ACCIDENT		
Contained de travail de la victime le jour de l'accident : de	ACCIDENT		
Circu de l'accident Chantier	j		
Etablissement où s'est produit l'accident : Chantier Atelier Bureau Autre : Nombre de travaïlleurs dans l'établissement au moment de l'accident : Circonstance détaillées de l'accident(6) : Agents matériels provocant l'accident(7) : forme de l'accident(8) : Nature de lésion (10) : Icieu où a été transportée la victime : Conséquence SANS ARRET DE TRAVAIL AVEC ARRET DE TRAVAIL DECES in cas d'arrêt de travaïl : Date et heure de l'arrêt de travaïl Jour mois année heure minute Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ? Et à quel montant ? par (heure, jour, mois ou autre) TEMOINS Nom, Prénoms et adresses : TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers ? ii	Lieu de l'accident ⁽⁵⁾ :		
Nombre de travailleurs dans l'établissement au moment de l'accident : Circonstance détaillées de l'accident (6) : Circonstance détaillées de l'accident (7) :			ıl
Circonstance détaillées de l'accident (6): Agents matériels provocant l'accident (7): Siège de lésion (9): Lieu où a été transportée la victime: Conséquence SANS ARRET DE TRAVAIL AVEC ARRET DE TRAVAIL DOUT Mois année heure minute Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ? Sièle salaire est maintenu, pour quelle durée ? Et à quel montant ? TEMOINS Nom, Prénoms et adresses: TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers ? I n Nom et adresse du responsable Société d'assurance Soussigné (nom et prénoms): déclare sur l'honneur, en ma qua			
Agents matériels provocant l'accident ⁽⁷⁾ :			
Agents matériels provocant l'accident ⁽⁷⁾ : forme de l'accident ⁽⁸⁾ : Siège de lésion ⁽⁹⁾ : Sature de lésion ⁽¹⁰⁾ : Lieu où a été transportée la victime: Lieu où a été transportée la victime: Lieu où a été transportée la victime: Lieu où a été travail: Date et heure de l'arrêt de travail: Date et heure de l'arrêt de travail Jour mois année heure minute Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu? Dit à quel montant? TEMOINS Nom, Prénoms et adresses: TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers? I n Si oui Nom et adresse du responsable Société d'assurance Soussigné (nom et prénoms): déclare sur l'honneur, en ma qua			النالنا
Siège de lésion (9): Nature de lésion (10): Lieu où a été transportée la victime: 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 Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ? Et à quel montant ? TEMOINS Nom, Prénoms et adresses: Nom, Prénoms et adresses: TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers? I l'accident à t-il été causé par un tiers? I l'accident à t-il été causé par un tiers? Si oui Nom et adresse du responsable Société d'assurance Soussigné (nom et prénoms): déclare sur l'honneur, en ma qua			
Nature de lésion (10):			d
Lieu où a été transportée la victime :			
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 Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu? Et à quel montant? TEMOINS Nom, 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 à t-il été causé par un tiers? Nom et adresse du responsable Société d'assurance soussigné (nom et prénoms): déclare sur l'honneur, en ma qua	Nature de lésion ⁽¹	10)	
En cas d'arrêt de travail : Date et heure de l'arrêt de travail Jour mois année heure minute Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois ou autre Det à quel montant ? Jour mois année heure minute Det à quel montant ? D			
Date et heure de l'arrêt de travail	Conséquence		
Jour mois année heure minute Après le jour de l'accident, le salaire est-il maintenu ?			
Si le salaire est maintenu, pour quelle durée ? Et à quel montant ?		Jour mois année heure minute	
TEMOINS Nom, Prénoms et adresses: A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale ? son numéro Date Date TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers ? Nom et adresse du responsable Société d'assurance soussigné (nom et prénoms): déclare sur l'honneur, en ma qua			
TEMOINS Nom, 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 à t-il été causé par un tiers ? ii n Si oui { Nom et adresse du responsable Société d'assurance déclare sur l'honneur, en ma qua déclare sur l'honneur, en ma qua soussigné (nom et prénoms) :			
A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale ? son numéro Date	Et a quel montant	transfer to the control of the contr	1
A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale ? son numéro Date	TEMOINS		
TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers ? ii n Si oui Nom et adresse du responsable Société d'assurance déclare sur l'honneur, en ma qua			
TIERS L'accident à t-il été causé par un tiers ? ii n Si oui Nom et adresse du responsable Société d'assurance déclare sur l'honneur, en ma qua	A-t-il été dressé un P.V par la police ou par la garde nationale ? son numéro		
Si oui \{ \text{Nom et adresse du responsable } \\ \text{Société d'assurance } \text{déclare sur l'honneur, en ma qua }			
Si oui \{ \text{Nom et adresse du responsable } \\ \text{Société d'assurance } \text{déclare sur l'honneur, en ma qua }	TIERS	L'accident à t-il été causé par un tiers ?	
Société d'assurance déclare sur l'honneur, en ma qua			
soussigné (nom et prénoms) : déclare sur l'honneur. en ma qua			
que les renseignements ci-dessus sont sincères et véridique	e soussigné (nom e	t prénoms) :	eur, en ma qual

4 I 001

Remarque : Cette déclaration doit être établie en trois exemplaires et transmise :

- à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- 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.