



الصندوق الوطني للتأمين على المرض

## تصريح بحادث شغل

القانون عدد 28 لسنة 94 المؤرخ في 21 فيفري 1994

عند تعميم هذا التصريح ينبغي الإستعانة في ذلك بالذليل المصاحب له .

هـام

يجب إرفاق التصريح المرسل  
إلى الصندوق الوطني بشهادة  
طبية أولية

### خاص بالإدارة

رقم الإنخراط لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	صاحب العمل
اسم صاحب العمل أو المؤسسة	
العنوان	
الترقيم البريدي	الهاتف
نوع النشاط	

المتضرر (ة)  
 رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
 الاسم واللقب .....  
 الجنس ..... ذكر ☐ أنثى ☐ .....  
 تاريخ ومكان الولادة .....  
 اليوم ..... الشهر ..... السنة .....  
 العنوان الشخصي .....  
 تاريخ الإنتداب .....  
 اليوم ..... الشهر ..... السنة .....  
 المهنة العادية (3) .....  
 شغل المتضرر عند وقوع الحادث .....  
 مقر العمل الإعتيادي .....  
 هل خلف الحادث متضررين آخرين ؟ ☐ نعم ☐ لا

<b>التاريخ وساعة الحادث (4) يوم</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		اليوم	الشهر	السنة	س	د	الدقيقة
توقيت عمل المتضرر يوم وقوع الحادث من .....		إلى	ومن			إلى	
مكان الحادث (5)							
نشاط الفرع الذي وقع به الحادث		<input type="checkbox"/> حاضرة	<input type="checkbox"/> ورشة	<input type="checkbox"/> مكتب	نشاط آخر بيانه		
عدد العمال في الفرع حين وقوع الحادث *							
وصف الظروف المفصلة للحادث (6)							
العوامل المادية المتسببة في الحادث (7)							
موضع الإصابات (9)							
طبيعة الإصابات (10)							
المكان الذي نقل إليه المتضرر *							
على الساعة:							
النتائج		<input type="checkbox"/> بدون توقف عن العمل	<input type="checkbox"/> بتوقف عن العمل		<input type="checkbox"/> وفاة المتضرر		
في حالة التوقف عن العمل							
تاريخ وساعة إيقاف العمل .....							
هل ظل الراتب قائما بعد يوم الحادث ؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في ( اليوم / الشهر أو غيره )					
إن تقدم لمدة ..... بمبلغ .....							

الشيء		الاسم واللقب والعنوان	
هل حذر محضر من قبل الشرطة أو الحرس الوطني - رقمه	تاريخه	المركز	

<p>هل تسبب طرف ثالث في الحادث ؟    <input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>الخبر</p>
<p>اسم ولقب المتسبب ..... الشركة المؤمنة .....</p>	<p>إن نعم</p>

أُصرح على شرفي ، بصفتي (7)

حزب ..... فی

الإمضاء وختم المؤسسة

إنني المصطفى أسفله (الإسم واللقب)  
 إن الإرشادات الواردة أعلاه صادقة وحقيقية.  
 ملاحظة: يحظر هنا التصريح في ثلاث نقاط إلى كل من  
 - الصندوق الوطني للتأمين على المرض  
 - مركز الشرطة أو الحرس الوطني الأقرب لمركز عمل المتضرر.  
 - نقابة الشغل المختصة ناسا