



# 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 بالدليل المصاحب له .

هام

يجب إرفاق التصريح المرسل  
إلى الصندوق الوطني بشهادة  
طبية أولية

خاص بالإدارة

صاحب العمل

رقم الإنخراط لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

إسم صاحب العمل أو المؤسسة

العنوان

الترقيم البريدي الهاتف

نوع النشاط

المختصر (5)

رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

الإسم واللقب

إسم الأب

الجنسية

أنثى ☐

ذكر ☐

الجنس

رقم بطاقة التعريف

اليوم

الشهر

السنة

الترقيم البريدي

العنوان الشخصي

التخصص المهني (1)

الوضعية (2)

اليوم

الشهر

السنة

منذ

منذ

المهنة العادية (3)

شغل المتضرر عند وقوع الحادث

مقر العمل الاعتيادي

لا ☐

نعم ☐

هل خلف الحادث متضررين آخرين ؟

الحادث

تاريخ وساعة الحادث (4) يوم

اليوم

الشهر

السنة

الساعة

الدقيقة

إلى

ومن

إلى

توقيت عمل المتضرر يوم وقوع الحادث من

مكان الحادث (5)

نشاط الفرع الذي وقع به الحادث

مكتب ☐

ورشة ☐

حظيرة ☐

نشاط آخر بيانه

عدد العمال في الفرع حين وقوع الحادث

وصف الظروف المفصلة للحادث (6)

كيفية الحادث (8)

العوامل المادية المتسببة في الحادث (7)

موضع الإصابات (9)

طبيعة الإصابات (10)

على الساعة

المكان الذي نقل إليه المتضرر

وفاة المتضرر ☐

بتوقف عن العمل ☐

بدون توقف عن العمل ☐

النتائج

في حالة التوقف عن العمل

تاريخ وساعة إيقاف العمل

اليوم

الشهر

السنة

الساعة

الدقيقة

لا ☐

نعم ☐

هل ظل الراتب قائما بعد يوم الحادث ؟

في ( اليوم / الشهر أو غيره )

إن تقدم لمدة مبلّغ

الشهود الإسم واللقب والعنوان

هل حضر محضر من قبل الشرطة أو الحرس الوطني رقمه تاريخه المركز

الخبر

لا ☐

نعم ☐

هل تسبب طرف ثالث في الحادث ؟

إسم ولقب المتسبب

الشركة المؤمنة

إن نعم

أصرح على شرفي بصفتي (7)

حرر في

الإمضاء وختم المؤسسة

إني المصفي أسفله ( الإسم واللقب )  
إن الإرشادات الواردة أعلاه صادقة وحقيقية  
ملاحظة : يحذر هنا التصريح في ثلاث نظائر ويوجه إلى كل من  
- الصندوق الوطني للتأمين على المرض  
- مركز الشرطة أو الحرس الوطني الأقرب لمركز عمل المتضرر  
- نقابة الشغل المختصة ترابيا