

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

.....
.....
.....
.....
.....

NATURE DU TRAVAIL EFFECTUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT

.....
.....

HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME DANS L'ENTREPRISE :

- MATIN DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
- APRES-MIDI DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
- SOIR DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN

4- DONNEES DES CERTIFICATS MEDICAUX

DATE D'ARRET DU TRAVAIL :

DUREE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE :

DATE DE REPRISE DU TRAVAIL :

5- TEMOINS DE L'ACCIDENT

N°	NOM et PRENOMS	PROFESSION	VILLE	TEL. / CEL.

6- PERSONNES A JOINDRE (EN CAS D'URGENCE)

N°	NOM et PRENOMS	QUALITE	VILLE	TEL. / CEL.

DECLARATION FAITE A LE /___/___/___/___/

PAR (NOM ET PRENOMS) :

QUALITE DU DECLARANT (lien avec la victime) :

AVIS IMPORTANT

1. LA PRESENTE DÉCLARATION (REPLIE EN 03 (TROIS) EXEMPLAIRES, SIGNÉES ET CACHETÉES) DEVRA IMPERATIVEMENT PARVENIR À LA STRUCTURE DE LA CNPS DE VOTRE CIRCONSCRIPTION DANS LES 48 HEURES À COMPTER DE LA DATE DE L'ACCIDENT, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.

2. LA CNPS SE RESERVE LE DROIT DE RECLAMER DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET / OU DE MENER TOUTE ENQUÊTE UTILE POUR LE TRAITEMENT DU DOSSIER.

3. TOUTE FAUSSE DECLARATION SERA REJETÉE ET PASSIBLE DE POURSUITE JUDICIAIRE, CONFORMEMENT AUX TEXTES EN VIGUEUR.

(SIGNATURE)

(CACHET DE L'EMPLOYEUR)

NB : si la déclaration est faite par la victime ou ses ayants-droit, le cachet de l'employeur n'est plus nécessaire