

 CNPS CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE	ENREGISTREMENT	Réf : EN-GDATMP-80
	DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE	Version : 02 Page : 1 / 2

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?*
 OUI NON

L'accident a-t-il entraîné la mort de la victime ?*
 OUI NON

RESERVE A LA CNPS

N°SINISTRE/CODE

L'agent ne procédera au sinistre du dossier qu'après avis préalable du Médecin conseil

1- EMPLOYEUR
(dernier employeur)

N° CNPS EMPLOYEUR / _____ / N° CONTRIBUTABLE / _____ /
 NOM OU RAISON SOCIALE : SIGLE :
 ADRESSE POSTALE :
 N° TEL : N° CEL : FAX :
 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :
 NOMBRE DE SALARIÉS DE L'ÉTABLISSEMENT AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

2- VICTIME

N° CNPS SALARIE / __/__/__/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

NOM :PRENOMS :SEXE* M F

DATE DE NAISSANCE / ____/____/_____/ LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

NOM ET PRENOMS DU PÈRE :

NOM ET PRENOMS DE LA MERE :

ADRESSE POSTALE :

N° TELEPHONE PERSONNEL:..... EMAIL :

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :

PROFESSION :

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE :

ANCIENNETE DANS LA PROFESSION :

DATE D'EMBAUCHE / ____/____/_____/ DUREE DE PREAVIS /_____/_____/_____/ JOURS

Antécédents médico-chirurgicaux :

3- MALADIE PROFESSIONNELLE

NOM DE LA MALADIE :

DATE DE LA PREMIÈRE CONSTATATION : / ____/____/_____/

DURÉE TOTALE D'EXPOSITION :

AGENT NOCIF :

AGENT MATÉRIEL :

NATURE DES LÉSIONS :

* COCHER LA CASE QUI CONVIENT.

SIÈGES DES LÉSIONS :

SEQUELLES FONCTIONNELLES :

DURÉE DÉTAILLÉE DE L'EXPOSITION

EMPLOIS ANTERIEURS AYANT EXPOSE LA VICTIME AU RISQUE DE LA MALADIE

N°	IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR NOM et ADRESSE DES EMPLOYEURS	PÉRIODE		POSTE OCCUPÉ
		du	au	

NATURE DU TRAVAIL EFFECTUÉ AU MOMENT DE LA MALADIE

.....
.....

HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME : - 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 LA MALADIE

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) :

(SIGNATURE)

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 LA PREMIERE CONSTATATION DE LA MALADIE, 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.

(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