

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

.....

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- TIERS RESPONSABLE

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE POSTALE : VILLE: QUARTIER :
 RUE : N° TEL : N° CEL : FAX :
 SOCIETE / COMPAGNIE D'ASSURANCE DU TIERS..... /___/ BP VILLE
 :
 N° TEL. : N° DE LA POLICE : DATE ETABLISSEMENT /___/___/___/___/
 N° IMMATRICULATION VEHICULE : MARQUE:.....
 TYPE DE VEHICULE : N° SERIE :

6- TEMOINS DE L'ACCIDENT

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

7- 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 DECLARATION (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.

(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.