République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية

الصندوق الوطني للتأمين على المرض
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

هام
يجب إرفاق التصريح المرسل إلى الصندوق الوطني بشهادة طبية أولية.

تصريح بحادث شغل

(القانون عدد 28 لسنة 94 المؤرخ في 21 فيفري 1994)

عند تعمير هذا التصريح ينبغي الإستعانة في ذلك بالدليل المصاحب له

خاص بالإدارة

صاحب العمل

رقم الإنخراط لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

إسم صاحب العمل أو المؤسسة : .....

العنوان : .....

الترقيم البريدي ..... الهاتف : .....

نوع النشاط : .....

المتضرر (ة)

رقم التسجيل لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

الإسم واللقب : ..... إسم الأب : .....

اللقب عند الولادة : ..... الجنسية : ..... الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

تاريخ ومكان الولادة ..... بـ : ..... رقم بطاقة التعريف

اليوم الشهر السنة

العنوان الشخصي ..... الترقيم البريدي

تاريخ الإنتداب ..... التخصص المهني (1) ..... الوضعية (2) .....

اليوم الشهر السنة

المهنة العادية (3) ..... منذ .....

شغل المتضرر عند وقوع الحادث : ..... منذ .....

مقر العمل الاعتيادي : .....

هل خلّف الحادث متضررين آخرين ؟ نعم ☐ لا ☐

الحادث

تاريخ وساعة الحادث (4) يوم : ..... س ..... د .....

اليوم الشهر السنة الساعة الدقيقة

توقيت عمل المتضرر يوم وقوع الحادث من : ..... إلى ..... ومن ..... إلى .....

مكان الحادث (5) : .....

نشاط الفرع الذي وقع به الحادث ☐ حضيرة ☐ ورشة ☐ مكتب ☐ نشاط آخر بيانه

عدد العمال في الفرع حين وقوع الحادث : .....

وصف الظروف المفصلة للحادث (6) .....

العوامل المادية المتسببة في الحادث (7) ..... كيفية الحادث (8) .....

موضع الإصابات (9) .....

طبيعة الإصابات (10) .....

المكان الذي نقل إليه المتضرر : ..... على الساعة .....

النتائج ☐ دون توقف عن العمل ☐ بتوقف عن العمل ☐ وفاة المتضرر

في حالة التوقف عن العمل

تاريخ وساعة التوقف عن العمل : ..... س ..... د .....

اليوم الشهر السنة الساعة الدقيقة

هل ظلّ الراتب قائما بعد يوم الحادث ؟ نعم ☐ لا ☐

إن نعم لمدة : ..... بمبلغ ..... (في اليوم / الشهر / أو غيره)

الشهود

الإسم واللقب والعنوان

.....

هل حرر محضر من قبل الشرطة أو الحرس الوطني : رقمه ..... تاريخه ..... المركز .....

الغير

هل تسبب طرف ثالث في الحادث نعم ☐ لا ☐

إن نعم : إسم ولقب المتسبب : .....

الشركة المؤمنة : .....

إني الممضي أسفله (الإسم واللقب) : ..... أصرح على شرفي بصفتي

أن الإرشادات الواردة أعلاه صادقة وحقيقية.

ملاحظة : يحرر هذا التصريح في ثلاث نظائر ويوجه إلى كل من :

- الصندوق الوطني للتأمين على المرض.
- مركز الشرطة أو الحرس الوطني الأقرب لمركز عمل المتضرر.
- تفقدية الشغل المختصة ترابيا.

حرر بـ : ..... في .....

الإمضاء وختم المؤسسة

CNAM AT 002

fe318618c0900048af