



DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(A établir par l'employeur qui la fait parvenir à la CNSS au plus tard 48 heures après l'accident et est tenu d'en garder copie)

DAT20101025

Les zones en * sont réservées à la CNSS

Les dates sont en format JJ MM AAAA

I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

N° Employeur

Raison sociale (1)

Activité principale

BP

Ville

Code *

Code *

Rue

N°Bâtiment

Tél

Fax

E-mail

II. IDENTIFICATION DE LA VICTIME⁽²⁾

N° Assurance



Nom naissance

Prénoms

Nom époux (3)

Date de naissance

Sexe :

F

M

Situation matrimoniale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Nationalité

Code *

BP

Ville

Code *

Rue

N°Bâtiment

Tél

Fax

E-mail

Qualification professionnelle (4)

Code *

Date d'embauche

Poste occupé

Ancienneté au poste

ans

mois

jrs

Ancienneté dans l'entreprise

ans

mois

jrs

Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail ?

Oui

Non

Si oui,

N° Sinistre

N° Rente

Taux

%

III. IDENTIFICATION DE L'ACCIDENT

Date de l'accident

Heure :

H

Min

Lieu (4)

Code *

N° du carnet d'accident du travail

**Cet imprimé est à votre disposition dans toutes nos structures. Veuillez ne pas utiliser sa photocopie.
Il doit être rempli en caractères majuscules et sans ratures.**

Horaire de travail de la victime:	Matin	Début	H	Min	Fin	H	Min
	Après-midi	Début	H	Min	Fin	H	Min
	Nuit	Début	H	Min	Fin	H	Min

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non

Si oui,

Lesquelles ?

Nature des lésions (4)	Nombre
Siège des lésions (4)	Code *
Elément matériel (4)	Code *
Nature du travail effectué au moment de l'accident	
Circonstances détaillées de l'accident	

La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

Si oui, Date de commencement de l'arrêt

Durée de l'arrêt

Jour(s)

L'accident a-t-il entraîné la mort ? Oui Non

Y a-t-il eu un constat ? Oui Non Si oui, par Huissier Police Gendarmerie

Préciser le nom de la brigade

Accident causé par un tiers

Nom	
Prénoms	
Compagnie d'assurance	Code *
N° de plaque d'immatriculation	

Témoins

Nom		
Prénoms		
BP	Ville	Code *
Tél		

Salaires

Montant brut des salaires encaissés ou qui auraient pu être encaissés

FCFA

Nombre de jours de travail correspondant

Période des payes : Heure Jour Semaine Mois

Le salaire de la victime est-il maintenu pendant l'arrêt de travail ? Oui Non

Fait à

le

Signature et cachet de l'employeur

(1) Saisir nom et prénoms pour l'employeur du personnel domestique

(2) Les adresses se trouvant dans cette rubrique sont personnelles

(3) A remplir uniquement pour les femmes

(4) Voir les indications à préciser sur l'annexe