



Visa de la Structure

DÉCLARATION DE RECHUTE CONSÉCUTIVE A :

- (1) Un Accident du Travail
 Une Maladie Professionnelle

Référence :

(A remplir par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'organisme de sécurité sociale,
accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant.)

VICTIME

Nom :
(Nom de jeune fille s'il y a lieu)
Prénom :
N° Immatriculation _____
Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance :
Profession :
Adresse :

EMPLOYEUR ACTUEL OU DERNIER EMPLOYEUR⁽²⁾

Nom et Prénom :
Ou Raison Sociale :
N° Employeur _____
Lieu de travail de la victime :

EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL ETAIT LA VICTIME AU MOMENT DE L'ACCIDENT OU DE LA CONSTATATION DE LA MALADIE

Nom et Prénom :
Ou Raison Sociale :
N° Employeur _____

ACCIDENT OU MALADIE

Accident survenu le : _____ (1)
 Maladie constatée le : _____ (2)
 Date de la rechute : _____ (3)

N° Dossier _____

Nom, Prénom et qualité du déclarant

Fait à , le

Signature du Déclarant

(1) mettre une croix dans la case correspondante.

(2) pour les personnes n'exerçant plus d'activité au moment de la rechute .

(3) avec ou sans arrêt de travail.

* La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.



التصريح بالإنتكاس

بسبب : حادث عمل
 مرض مهني

تأشيره المئية

..... المرجع :

(تملأ من طرف الضحية أو ذوي حقوقها وترسل إلى هيئة الضمان الاجتماعي، مصحوبة بشهادة طبية يسلمها الطبيب المعالج)

الضحية

اللقب :
(القب الأصلي للزوجة)

الاسم :

تاريخ الميلاد : - -

المهنة :

العنوان :

صاحب العمل الحالي أو صاحب العمل الأخير⁽²⁾

الاسم واللقب :

أو الطبيعة الاجتماعية :

مكان عمل الضحية :

صاحب العمل الذي يعمل لصالحه المصاب عند وقوع الحادث أو معاينة المرض

الاسم واللقب :

أو الطبيعة الاجتماعية :

حادث أو مرض

الحادث الذي وقع بتاريخ : - -

المرض الذي تمت معاينته بتاريخ : - -

تاريخ الإنتكاس : - -

اسم، لقب وصفة المتصح

..... ، في حرر ب

توقيع المتصح،

(1) وضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

(2) خاص بالأشخاص الذين لم يعد بإمكانهم ممارسة أي نشاط عند وقوع الإنتكاس.

(3) مع أو بدون توقف عن العمل.