



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي  
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

– Accidents du Travail et Maladies Professionnelles –

Visa de la Structure

**DÉCLARATION  
DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

à remplir en cinq (05) exemplaires par la victime ou ses ayants droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de quinze (15) jours au minimum et de trois (03) mois au maximum qui suivent la première constatation médicale de la maladie.

Référence : .....

Date de dépôt : | | | | |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE**

Nom : .....

(Nom de jeune fille)

N° Immatriculation

Prénom : .....

Nationalité : ..... Pays d'origine : .....

Adresse : .....

Profession : ..... Qualification professionnelle : .....

Poste occupé ainsi que la nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle : .....

Durée d'exposition : .....

Date de cessation d'exposition au risque : | | | | |

Nature de la maladie : .....

Constatée le : | | | | |

un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des assurances sociales ?

OUI ☐ NON ☐ <sup>(1)</sup>

- Si OUI, a-t-il donné lieu à une indemnisation ?

OUI ☐ NON ☐ <sup>(1)</sup>

- Si OUI, à quelle date ? : | | | | |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE**

**DUQUEL LA MALADIE A ÉTÉ CONTRACTÉE**

Nom et Prénom : .....  
ou

Raison Sociale : .....

N° Adhérent

Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement : .....

Période d'emploi du : | | | | | au : | | | | |

Fait à ....., le .....

Signature du Déclarant  
(nom, prénom et qualité du signataire)

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

Joindre deux (02) exemplaire du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs

\* La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations.



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي  
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء  
- حوادث العمل والأمراض المهنية -

## تصريح بمرض مهني

تملأ في خمس (05) نسخ من طرف الضحية أو ذوي الحقوق وترسل إلى مؤسسة الضمان الاجتماعي خلال مدة خمسة عشر (15) يوما على الأقل وثلاثة (03) أشهر على الأكثر التي تلي المعالجة الطبية الأولى للمرض.

تأشيرة الهيئة

المرجع : ..... تاريخ الایداع : | | | | |

### معلومات خاصة بالمريض

اللقب :	.....
الاسم :	..... (الاسم الأصلي للزوجة)
الجنسية :	.....
العنوان :	.....
المهنة :	..... التأهيل المهني : .....
المنصب المشغول مع طبيعة الأعمال التي قد تكون سببا في المرض المهني :	.....
مدة التعرض للخطر :	.....
تاريخ توقف التعرض للخطر :	
طبيعة المرض :	.....
تاريخ معالجة المرض :	
الملف الطبي لهذا المرض، هل وضع في إطار التأمينات الاجتماعية ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (1)
إذا كان نعم، هل نجم عنه تعويض ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (1)
- إذا كان نعم ما هو تاريخ التعويضات ؟	

### معلومات خاصة بصاحب العمل أين تعرض الضحية للمرض

اللقب، الاسم :	.....
المقر الاجتماعي :	..... أو .....
مكان عمل المريض :	.....
فترة العمل من : إلى :	

(1) ضع علامة (X) في الخانة المناسبة حرر بـ ..... في

توقيع المصروح  
(الاسم واللقب وصفة الموقع)

ترفق بنسختين (02) من الشهادة الطبية الأولية المخصصة لهذا الغرض مسلمة من الطبيب المعالج وكذا شهادات العمل مقدمة من طرف أصحاب العمل على التوالي.

\* كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.