



Agence :
 Date :
 N° Enregistrement :

MOD.A1 : DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

- 1) Nom (personne physique) ou Dénomination de l'Entreprise :
- 2) Branche d'activités :
- 3) Adresse physique :
- 4) E-mail :@.....
- 5) N°Téléphone :
- 6) Siege d'exploitation :

N° d'affiliation de l'employeur

II. IDENTIFICATION DE LA VICTIME DE L'ACCIDENT

N° d'immatriculation du Travailleur

- 1) Nom, Post-nom et Prénom : Sexe F/M :
 - 2) Lieu et Date de naissance : le
 - 3) Province : Territoire/Commune : Village :
 - 4) Adresse physique :
 - 5) N°Téléphone : E-mail :@.....
 - 6) N° Carte d'identité :
-
- 1) Nom du déclarant :
 - 2) Qualité du déclarant :
 - 3) Adresse physique :

III. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACCIDENT DU TRAVAIL :

- 1) Date de l'accident : Lieu : Heure :
- 2) L'accident est-il survenu sur le lieu du travail : OUI NON
- 3) L'accident a-t-il entraîné la mort ? OUI NON
- 4) Description détaillée aussi exacte que possible de la maladie professionnelle (référence dans le tableau) :

Agent matériel Nature des lésions Siège des lésions.....
 Type d'accident : Trajet Travail
 Noms, post-noms et adresses physiques des principaux témoins :

L'accident a-t-il été causé par la faute d'un tiers, étranger à l'entreprise ou par l'ouvrier ou l'employé d'un autre employeur ?

Dans l'affirmatif faire connaitre :

- 1) Le nom du tiers responsable de l'accident :
 et son adresse :
- 2) Le n° et la date du PV de constat de la police :
- 3) Nom de la compagnie
 d'assurance :
- 4) Numéro de la police
 d'assurance :

Renseignements divers :

REMUNERATIONS de la victime des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu

1 ^{er} mois	2 ^{er} mois	3 ^{er} mois
----------------------	----------------------	----------------------

Fait à, le

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR/TRAVAILLEUR OU AYANTS DROIT

RENSEIGNEMENTS SUR LES AYANTS DROIT DE LA VICTIME

1. CONJOINT

Nom, post-nom et prénom	date de naissance			Lieu du mariage	Sexe	Adresse
	Jour	Mois	Année			

2. ENFANTS BENEFICIAIRES DES ALLOCATIONS FAMILIALES

N°	Nom, post-nom et prénom	Date de naissance			Lieu de naissance	Sexe	Adresse
		Jour	Mois	Année			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

3. NOM DES ASCENDANTS DIRECTS ENTRETENUS

N°	Nom, post-nom et prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe	Adresse	sexe	Adresse
1							
2							