

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REPUBLIQUE DU NIGER

Boîte Postale 255 NIAMEY - Tél : 20 73 35 17 et 20 73 35 18

Guichets ouverts du Lundi au Vendredi de 7 h 30 à 15 h

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(A adresser en 2 exemplaires dans les 48 heures)

- a) 1- exemplaire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale à Niamey - B.P. : 255
- b) 1- exemplaire à l'Inspection du Travail et des Lois Sociales du ressort lorsqu'elle à son siège dans la même Unité Administrative que l'Etablissement ou du Chef d'Unité Administrative dans les autres cas.

Ne pas omettre d'adresser ultérieurement les certificats médicaux de constatation et de consolidation

EMPLOYEUR

Nom, Prénoms ou Raison sociale { _____ _____	N° D'immatriculation de l'Etablissement Nombre de salariés de l'Etablissement au moment de l'accident _____
Adresse exacte de l'Etablissement { _____ _____	
Activité Professionnelle _____ (quand l'Etablissement a plusieurs activités distinctes, celle à laquelle était affectée la victime) Convention Collective applicable _____	

VICTIME

Nom _____ Prénom _____ Nom de jeune fille _____ Nom du père _____ Nom de la mère _____ Lieu de naissance _____ Date de naissance _____ Nationalité _____ Adresse _____	N° DE SECURITE SOCIALE _____ SITUATION DE FAMILLE (1) _____ Marié _____ Célibataire _____ Divorcé _____ Séparé _____ Emploi _____ Catégorie _____ Date d'embauche _____
--	--

ACCIDENT

Date _____ (préciser / le jour de la semaine) Heure (de 9 h à 24 h) _____ Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime: Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de h _____ à h _____ Lieu de l'accident _____ Nature des lésions _____ L'accident a-t-il entraîné la mort ? _____ L'accident a-t-il nécessité l'interruption du travail ? _____ Sièges des lésions _____ préciser le côté s'il y a lieu : gauche ou droite ? (Agent matériel (ayant entraîné la blessure)	Circonstances détaillées de l'accident _____ Lieu où a été transporté la victime _____ (Hôpital, dispensaire, clinique, domicile etc et adresse) Observations _____ Suite probable _____ Nature du travail effectué au moment de l'accident _____ (indication à donner surtout si la victime était occupée à un travail autre que celui que comporte son travail habituel). Nombre d'accidents antérieurs survenue à la victime indication de leur gravité _____
--	---

TEMOINS

Nom, Prénoms et adresse { _____ _____	
Un constat a-t-il été fait ? par qui ? { _____ _____	

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom, et adresse du tiers { _____ _____	
Compagnie d'assurance du tiers { _____ _____	

SALAIRE DE REFERENCE: Perçu par la victime

30 jours avant l'accident
A) Salaire principal différent à la période de référence

Date d'échéance de la paie	Période	Montant brut	Avantage en nature Indemnités versées en même temps que salaire	Frais Professionnels	Observations
1	du 2 au	3	4	5	6