





## نموذج رقم 2

وصل إيداع التصريح بحادثة الشغل لدى المقاولة المؤمنة للمشغل  
(المادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفله

مقاولة التأمين وإعادة التأمين  
أو ممثلها القانوني

مقرها / مقره الاجتماعي:

أشهد أن التصريح بالحادثة التي تعرض لها

بتاريخ

المزداد (ة) بتاريخ :

قد تم إيداعه

على الساعة :

بتاريخ :

بمكتب :

المرفقات

نظير من الشهادة الطبية الأولية:

عند الاقتضاء، محضر الضابطة القضائية أو وصل معاينة الحادثة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب أو الإياب، ما لم تحل دون ذلك أسباب مشروعة.

وحرر ب..... في :

خاتم وصفة وتوقيع من تسلم التصريح

نموذج رقم 3

وصل إيداع مختلف الشواهد الطبية لدى المقاولة المؤمنة للمشغل  
(المادة 25 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفلي

مقاولة التأمين وإعادة التأمين:

أو ممثلها القانوني :

مقرها / مقره الاجتماعي:

أشهده أن الشهادة الطبية المذكورة تبعا للحادثة التي تعرض (ت) لها

بتاريخ

المزاد (ة) بتاريخ :

بتاريخ

السيد (ة) :

رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

مرجع ملف الحادثة لدى مقاولة التأمين وإعادة التأمين :

طبيعة الشهادة الطبية المودعة :

الشهادة الطبية الأولية:

شهادة التمديد:

شهادة استئناف العمل:

شهادة الشفاء:

الشهادة الطبية المتعلقة بتحديد نسبة العجز:

شهادة الوفاة :

شهادة الانتقام :



قد تم إيداعها

على المساحة :

بتاريخ :

بمكتب :

وحرر في:

خاتم وصمة وتوقيع من تسلم الشهادة الطبية

نموذج رقم 4**أخبار المدير الإقليمي للتشغيل بخصوص حادثة الشغل من طرف المشغل**

(المادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلقة بالتعويض عن حوادث الشغل)

**أنا الموقع أsole :**

بصفتي

(\*) الاسم الشخصي والعائلي:

(\*) لدى المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

(\*) مقره (ها) الاجتماعي:

(\*) القطاع الاجتماعي:

(\*) رقم الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

 مؤمن ضد حوادث الشغل :

(\*) غير مؤمن ضد حوادث الشغل :

(\*) في حالة التأمين، لدى مقاولة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني:

(\*) مقرها (ها) الاجتماعي:

(\*) رقم بوليصة (عقد) التأمين:

**أخبر طبقاً للأحكام المادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلقة بالتعويض عن حوادث الشغل،**

(\*) المدير الإقليمي للتشغيل:

بالمديرية الإقليمية للتشغيل الكائن مقرها:

**بحادثة الشغل التي وقعت**(\*) بتاريخ :  على الساعة :  أثناء مسافة الذهاب أو الإياب: داخل مقر العمل: في إطار تكليف بمهمة: 

المدينة:

(\*) عنوان مكان وقوع الحادثة:

(\*) نتجمت عن الظروف والأسباب الآتية:

(\*) وقد تسببت الحادثة للمصاب في:  وفاة :  صابة بليفة :  صابة خفيفة : 

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة:

**المعلومات المتعلقة بالمصاب بالحادثة**(\*) السيد (ة) (الاسم الشخصي والعائلي):  عنوانه(ها):  مهنته (ها): ألفي : المزاداد (ة) بتاريخ ذكر : 

المزاداد (ة) بتاريخ

(\*) رقم البطاقة الوطنية للتعرف:

جليساته (ها):

(\*) رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

حوادث الشغل السابقة:  تعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة:  نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة: نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة:  نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة: نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة:  نسبة العجز:  تاريخ وقوع الحادثة: 

في

وحرر

**خاتم وتوقيع المشغل**

ملاحظات هامة:

المعلومات التي تحمل علامة (\*) يتعين ملؤها وجويا من طرف المشغل:

-

-

-

-

يحرر هذا الإخبار بالحادثة من طرف المشغل في نظيرين، ويحتفظ بنظير منه بعد ختمه من طرف المديرية الإقليمية للتشغيل المختصة:

-

-

-

-

يتعين على المصايب أو ذوي حقوقه، في حالة عدم إبرام المشغل بوليصة (عقد) التأمين أو عدم خضوعه لاجماعية التأمين، اتباع المسطرة القضائية طبقاً للكيفيات والشروط المنصوص علىها في

-

-

-

المادة 141 إلى 144 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12:

-

-

في حالة عدم إخبار المشغل بوقوع كل حادثة الشغل تطبق في حقه الفرامة المنصوص عليها في المادة 186 من القانون السالف الذكر رقم 18.12.

-

نموذج رقم 5

وصل إيداع نسخة من التصريح بحادثة الشغل لدى المدير الإقليمي للتشغيل  
(المادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا ألموّقع أسفه

الاسم الشخصي والعائلي :

بصفتي :

بالمديرية الإقليمية للتشغيل :

مقرها :

أشهد أن نسخة من التصريح بحادثة الشغل التي تعرضت لها

بتاريخ

المزاد (ة) بتاريخ :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف :

المشغل أو المقاولة أو المؤسسة :

قد تم إيداعها

على الساعة :

بتاريخ :

بمكتب :

المرفقات :

  
  


في :

وحرر بـ

خاتم وصيغة وتوقيع من تسلم نسخة من التصريح بالحادثة

نموذج رقم 6

وصل إيداع نظير من مختلف الشواهد الطبية لدى المصالح المختصة بال مديرية الجهوية أو الإقليمية للتشغيل  
(المادة 25 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أ宣誓ه

الاسم الشخصي والعائلي :

بصيغتي :

لدى مديرية الجهوية أو الإقليمية للتشغيل :

مقرها :

أشهد أن نظيرا من الشهادة الطبية المدلل بها تبعا للحادثة التي تعرض لها

بتاريخ

المزاد (ة) بتاريخ :

السيد (ة) :

رقم البطاقة الوطنية للتعرف :

المشغل أو المقاولة أو المؤسسة :

مراجع ملف الحادثة لدى مقاولة التأمين وإعادة التأمين :

طبيعة الشهادة المدلل بها :

الشهادة الطبية الأولية :

شهادة التمديد :

شهادة استئناف العمل :

شهادة الشفاء :

الشهادة الطبية المتعلقة بتحديد نسبة العجز :

شهادة الوفاة :

شهادة الانتحار :

فقط لسم إيمانها

على المساعة :

بتاريخ :

بمكتب :

في :

وحرر بـ

خاتم وصفة وتوقيع من تسلم نظيرا من الشهادة الطبية