



نموذج رقم 7

الطلب المقدم من طرف المصاب إلى المقابلة المؤمنة للمشغل للاستفادة من المصاريف والتعويضات
(المادة 180 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفله،

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر: ☐ أنثى: ☐

(*) المهنة: العنوان:

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: الجلسة: تاريخ التشغيل:

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

(*) الحالة العائلية: عازب (ة): ☐ متزوج (ة): ☐ عدد الزوجات: عدد الأطفال:

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: بصفته:

العنوان:

تبعاً لحادثة الشغل

(*) تاريخ وقوع الحادثة: على الساعة: داخل مقر العمل: ☐ في إطار تكليف بمهمة: ☐ في مسافة الذهاب أو الإياب: ☐

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

(*) أسفرت الحادثة عن: إصابة جسيمة خفيفة: ☐ إصابة جسيمة بليغة: ☐

(*) وأن هذه الحادثة: لم يتم التصريح بها من طرف المشغل: ☐ تم التصريح بها من طرف المشغل: ☐ بتاريخ:

(*) وترتب عنها عجز مؤقت عن العمل مدته: يوماً، من: إلى: طبقاً للشهادة الطبية الأولية المؤرخة في:

المسلمة من طرف الطبيب المعالج الدكتور: بمؤسسة العلاج والإستشفاء:

تاريخ الشفاء: تاريخ استئناف العمل:

وذلك بصفتي أجيراً أو مستخدماً لدى

(*) إسم المشغل أو المقابلة أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الاجتماعي:

رقم الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

أطلب الاستفادة من المصاريف والتعويضات المضمونة قانوناً من طرف

(*) مقابلة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني:

مقره (ها) الاجتماعي:

رقم بوليصة (عقد) التأمين: صالحة من: إلى:

وحرر في:

توقيع صاحب الطلب

ملاحظات:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوباً من طرف صاحب الطلب؛
- يحزر هذا الطلب من طرف المصاب في نظيرين، ويحتفظ المصاب بنظيره بعد ختمه من طرف مقابلة التأمين وإعادة التأمين؛
- يرفع الطلب إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين خلال أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة؛
- تحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقاً للمادة 139 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12.



نموذج رقم 7 مكرر

الطلب المقدم من طرف ذوي الحقوق إلى المقاولات المؤمنة للمشغل للاستفادة من المصاريف والتعويضات
(المادة 180 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفله

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي): المزداد (ة) بتاريخ:

(*) المهنة : العنوان :

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: الجلسة:

(*) بصفتي من ذوي الحقوق:

ولهاية عن.....

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي:

العنوان:

تبعاً لحادثة الشغل

(*) تاريخ وقوع الحادثة: على الساعة داخل مقر العمل : في إطار تكليف بمهمة : في مسافة الذهاب أو الإياب :

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة :

(*) ترتب عنها وفاة في الحين : ☐ أو بعد مدة من تاريخ وقوع الحادثة : ☐ تاريخ الوفاة :

(*) أن هذه الحادثة: ☐ لم يتم التصريح بها من طرف المشغل ☐ تم التصريح بها من طرف المشغل ☐ بتاريخ:

الذي توفي (ت) على أثرها

(*) السيد (ة) الاسم الشخصي والعائلي للمالك (ة): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر: ☐ أنثى: ☐

(*) مهنته (ها) أثناء حياته (ها) : العنوان :

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف؛ جلسته (ها)؛ تاريخ التشغيل؛

رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أوفي أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

(*) الحالة العائلية للهلك : عازب (ة) : ☐ متزوج (ة) : ☐ عدد الأرمال : عدد الأطفال اليتمى : عدد الأصول :

وذلك بصفته (ها) كان أجيرا (ة) أو مستخدما (ة) لدى

(*) اسم المشغل أو المقاول أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الإجتماعي :

رقم الانخراط في الصندوق الوطني للمضمان الاجتماعي أوفي أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

تطلب الاستفادة من الحوافز والتعويضات المضمونة قانوناً من طرف

(*) مقابلة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني؛

مقره (ها) الإجتماعي؛ ...

رقم بوليصة (عقد) التأمين: صالحة من إلى

وحرزب.....فی

توقيع ممثل ذوو الحقوق

ملاحظات:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوباً من طرف ذوي الحقوق أو من يمثلهم.
- يحذر هذا الطلب من طرف ممثل ذوي الحقوق في نظيرين، ويحتفظ بنظير منه بعد ختمه من طرف مقابلة التأمين وإعادة التأمين.
- يرفع الطلب إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة.
- يحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقاً للمادة 139 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12.



نموذج رقم 8

الطلب المقدم من طرف المصاب إلى المقابلة المؤمنة للمشغل لمراجعة الإيراد على أساس تفاقم العاهة
(المادة 145 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفله

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر: ☐ أنثى: ☐

(*) المهنة: العنوان:

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: الجنسية:

رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

الحالة العائلية: عازب (ة): ☐ متزوج (ة): ☐ عدد الزوجات: عدد الأطفال:

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: بصفته:

العنوان:

المصاب بحادثة الشغل التي وقعت

(*) بتاريخ: على الساعة: داخل مقر العمل: ☐ في إطار تكليف بمهمة: ☐ أثناء مسافة الذهاب أو الإياب: ☐

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

(*) وقد أسفرت الحادثة عن: إصابة خفيفة: ☐ إصابة بليغة: ☐

(*) نسبة العجز التي خلفها الحادثة:

المنتوح على إثرها الإيراد العمري

(*) رقم الإيراد: (*) إيراد عمري سنوي: ☐ (*) إيراد عمري محول إلى رأسمال: ☐

(*) مبلغ الإيراد أو الرأسمال: (*) تاريخ الاستفادة من الإيراد أو الرأسمال:

أطلب مراجعة الإيراد المنتوح من طرف

(*) مقابلة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني:

مقره (ها) الاجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقابلة التأمين وإعادة التأمين:

على أساس تفاقم العاهة

(*) تاريخ تفاقم العاهة: مدة: يوما، من: إلى غاية:

(*) طبقا للشهادة الطبية المثبتة للتفاقم المؤرخة في: المسلمة من طرف الطبيب المعالج:

بمؤسسة العلاج والإستشفاء: تاريخ الشفاء: تاريخ استئناف العمل:

وحرر في

توقيع صاحب الطلب

ملاحظات:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف صاحب الطلب;
- يحزر هذا الطلب من طرف المصاب ويحتفظ المصاب بنظيره منه بعد ختمه من طرف مقابلة التأمين وإعادة التأمين;
- يرفع الطلب إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ الشفاء طبقا للمادة 145 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12;
- تحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون السالف الذكر رقم 18.12.



نموذج رقم 8 مكرر

الطلب المقدم من طرف ذوي الحقوق إلى المقاولاة المؤمنة للمشغل لمراجعة التعويضات الممنوحة إذا توفي المصاب على إثر حادثة الشغل وبسببها
(المادة 145 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل)

أنا الموقع أسفله

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي):

(*) مهنته؛ العنوان؛

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: الجنسية:

(*) بصفتي من ذوي الحقوق:

في حالة التمثيل القالولي؛ الاسم الشخصي والعائلي:

العنوان:

معطيات حول حادثة الشغل التي سبق أن وقعت لهذاك (ة).

(*) تاريخ الحادثة : على الساعة : داخل مقر العمل : ☐ في إطار تكليف بمهمة : ☐ أثناء مسافة الذهاب أو الإياب : ☐

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة :

وقد خلعت الحادثة: إصابة خفيفة: ☐ إصابة بليغة: ☐ نسبة العجز: ☐

معطيات حول الهالك (هـ)

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي للمالك (ة): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر: ☐ أنثى: ☐

(*) مهنته (هـ) أثناء حياته (هـ) : العنوان :

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: جلسته (هـ) :

رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

(*) الحالة العائلية للهلك : عازب (ة) : ☐ متزوج (ة) : ☐ عدد الأرامل : ☐ عدد الأطفال اليتامى : ☐ عدد الأصول : ☐

معطيات حول الإرادة العمرى الممنوح سابقا لهنالك (٥)

(*) رقم الإيراد	(*) إيراد عمري سلوي	(*) إيراد عمري محول إلى رأسمال
-----------------	---------------------	--------------------------------

(*) مبلغ الإيراد أو الرأسمال	(*) تاريخ الاستفادة من الإيراد أو الرأسمال
------------------------------	--

تبعها لوفاة المصاب (ة) على إثر الحادثة وبسببها

(*) تاريخ الوفاة:
تاريخ تفاقم العاهة:

(*) طبقا للشهادة الطبية المثبتة للوفاة على إثر الحادثة وبسببها، والمؤرخة في : المسلمة من طرف الطبيب المعالج :

مؤسسة العلاج والإستشفاء:

تطلب مراجعة التعويضات الممنوحة من طرف

(*) مقاوله التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني:

مقره (ها) الإجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقابلة التأمين وإعادة التأمين :

وحرر بس

توقيع ممثل ذوو الحقوق

ملاحظات :

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوباً من طرف ذوي الحقوق أو من يمثلهم ؛
- يحذر هذا الطلب من طرف ممثل ذوي الحقوق في نظيرين، ويحتفظ بنظير منه بعد ختمه من طرف مقاوله التأمين وإعادة التأمين؛
- تحتفظ مقاوله التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقاً للمادة 139 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12؛
- يرفع الطلب إلى مقاوله التأمين وإعادة التأمين خلال الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة طبقاً للمادة 145 من القانون السالف الذكر رقم 18.12.