



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE



(A établir par l'employeur qui la fait parvenir à la CNSS dans les 3 jours ouvrables qui suivent la date de la première constatation médicale de la maladie ou par le salarié dans un délai de 2 ans à partir de cette date et est tenu d'en garder copie.)

Les zones en * sont réservées à la CNSS

Les dates sont en format JJ MM AAAA

I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

N° Employeur Effectif du personnel

Raison sociale(1)

Activité principale Code *

Email**

N° Téléphone**

II. IDENTIFICATION DE LA VICTIME (1)

N° Assurance

N° du carnet d'accident du travail

Nom naissance

Prénoms

Nom époux(2)

Date de naissance Sexe : F M

Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nationalité Code *

Email**

N° Téléphone**

Qualification professionnelle Code *

Date d'embauche

Poste occupé

Ancienneté au poste ans mois jrs Ancienneté dans l'entreprise ans mois jrs

Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail ? Oui Non Si oui,

N° Sinistre N° Rente Taux %

Nature de la maladie(3) Code *

Produits utilisés

Conditions de travail

Autres

Vous pouvez télécharger cet imprimé en ligne sur www.cnss.tg et le remplir en caractères majuscules et sans ratures. Mais, de préférence, vous pouvez directement effectuer votre demande sur <https://services.cnss.tg/login> en s'inscrivant.

Emplois antérieurs exposant au risque de maladie professionnelle

(Joindre autant que possible, copie des certificats de travail correspondant à ces emplois)

Raison sociale et adresse des employeurs	Nature de l'emploi	Période
		du au

III. IDENTIFICATION DE LA MALADIE

(A remplir par le médecin de l'entreprise ou par le médecin traitant)

Date de la première constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail

Circonstances d'apparition de la maladie⁽⁴⁾

Maladie identifiée⁽³⁾

Code *

Etat de santé antérieur à la maladie

Code *

Le salaire de la victime a-t-il été maintenu pendant la période d'arrêt de travail ? Oui Non

Fait à le

Signature

Nom⁽⁵⁾

Qualité⁽⁵⁾

MODE DE PAIEMENT (Sélectionnez obligatoirement une option)

Paiement Flooz préciser le N° Tél. bénéficiaire Paiement TMoney et joindre à la demande le justificatif d'identification de compte mobile par l'opérateur de téléphonie

Virement bancaire ; joindre à la demande, dans ce cas, la fiche d'identification bancaire remplie avec une preuve (copie de chèque, RIB, etc.)

** : Obligatoire

- (1) Saisir nom et prénoms pour l'employeur du personnel domestique .
- (2) A remplir uniquement pour les femmes .
- (3) Pour la liste des maladies professionnelles, voir le décret N° 2012-043 bis / PR du 27 Juin 2012, portant révision des tableaux des maladies professionnelles .
- (4) Joindre le certificat médical établi en double exemplaire par le médecin .
- (5) Si la déclaration est faite par un préposé de l'employeur, celui-ci mentionnera son nom et sa qualité dans l'entreprise ; Si elle est faite par la victime, celle-ci portera au dessus de sa signature la mention « maladie dont j'ai été victime» ; Si elle est faite par ses représentants, ceux-ci mentionneront en quelle qualité ils agissent (père, mère, conjoint, enfant mandataire de la victime) et ils préciseront leur adresse .