

وصل إيداع تصريح بحادثة شغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه لدى مقولة التأمين وإعادة التأمين تطبيقاً للمادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله

مقاولة التأمين وإعادة التأمين :

أو ممثلها القانوني :

مقرها / مقره الإجتماعي :

أشهد أن التصريح بالحادثة التي تعرض لها

السيد (د) :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

المشغل أو المقاول أو المؤسسة:

المزداد (ة) بتاريخ :

قد تم إيداعه

بتاریخ :

على الساعة :

بمکتب :

المرفقات

التصريح بالحادثه.

نظير من الشهادة الطبية الأولية.

محضر الضابطة القضائية أو وصل معاينة الحادثة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب والإياب.

بتاریخ :

وحرر في:

الخاتم والإمضاء

(صفة وتوقيع من تسلم التصريح)

النموذج رقم 3

وصل إيداع الشواهد الطبية من طرف المشغل أو أحد مأموريه لدى مقابلة التأمين وإعادة التأمين
تطبيقاً للمادة 25 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله

مقاولة التأمين وإعادة التأمين :

أو ممثلها القانوني :

مقرها / مقره الإجتماعي :

أشهد أن الشهادة الطبية المدلى بها تبعا للحادثة التي تعرض لها

السيد (ة) :

بتاریخ

المزداد (ة) بتاريخ :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

المشغل أو المقاول أو المؤسسة :

مرجع الملف (مقاولة التأمين وإعادة التأمين):

طبيعة الشهادة الطبية المودعة :

الشهادة الطبية الأولية

الشهادة الطبية للتمديد

شهادة استئناف العمل

الشهادة الطبية للشفاء

الشهادة الطبية لتحديد نسبة العجز

شهادة الوفاة

شهادة الإنتكاس

قد تم ايداعها

على الساعة :

بتاریخ :

بمکتب :

بتاریخ :

وحرر في:

الخاتم والإمضاء

(صفة وتوقيع من تسلم نظير الشهادة الطبية)



النموذج رقم 4

إخبار المديرية الإقليمية للتشغيل بوقوع حادثة الشغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه
طبقا للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله :

بصفتي:

(*) الاسم الشخصي والعائلي:

(*) لدى المشغل أو المقاول أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الاجتماعي:

(*) القطاع الإنتاجي:

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

(*) غير مؤمن ضد حوادث الشغل ☐ مؤمن ضد حوادث الشغل ☐

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

(*) مقرها (هـ) الاجتماعي:

(*) رقم عقد أو بوليصة التأمين:

صاحبة من: إلى:

أخبر طبقا للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل:

(*) المديرية الإقليمية للتشغيل :

في شخص من يمثلها :

مقرها:

المدينة أو الإقليم:

بحادثة الشغل التي وقعت

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

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة :

المدينة:

(*) نتجت عن الظروف والأسباب الآتية:

(*) وقد خلفت الحادثة للمصاب: إصابة خفيفة ☐ إصابة بليغة ☐ وفاة ☐

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة:

المعطيات المتعلقة بالمصاب بالحادثة

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

(*) مهنته (ها): عنوانه (ها):

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

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

حوادث الشغل السابقة: تعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: ☐ لم يتعرض المعني (ة) بالأمر لحادثة أو حوادث سابقة: ☐

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز: تاريخ الحادثة: نسبة العجز:

وحرر في: بتاريخ:

الخاتم والإمضاء:

(المشغل أو أحد مأموريه)

ملاحظة هامة :

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف المشغل أو أحد مأموريه.

- يحذر هذا الإخبار بالحادثة من طرف المشغل أو أحد مأموريه في نموذجين، ويحتفظ وجوبا المشغل بنموذج منه بعد ختمه من طرف المديرية الإقليمية للتشغيل المختصة قصد إثبات الإخبار.

- يتعين على المصاب أو ذوي حقوقه، في حالة عدم تأمين المشغل أو عدم خضوعه لإجبارية التأمين، إتباع المسطرة القضائية طبقا لأحكام قانون المسطرة المدنية والقانون رقم 18.12.

- في حالة عدم الإخبار، تطبق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.



النموذج رقم 5

وصل إيداع نسخة من التصريح بحادثة الشغل من طرف المشغل أو أحد مأموريه لدى المديرية الإقليمية للتشغيل
تطبيقا للمادة 17 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله

الإسم الشخصي والعائلي :

بصفتي :

لدى المديرية الجهوية أو الإقليمية للتشغيل :

مقرها :

أشهد أن نسخة من التصريح بالحادثة التي تعرض لها

السيد (ة) :

بتاريخ

المزداد (ة) بتاريخ :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف :

المشغل أو المقاول أو المؤسسة :

قد تم إيداعه

على الساعة :

بتاريخ :

بمكتب :

المرفقات

نظير التصريح بالحادثة

نظير من الشهادة الطبية الأولية

نسخة محضر الضابطة القضائية أو وصل معاينة الحادثة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب والإياب

بتاريخ :

وحرر في :

الخاتم والإمضاء

(صفة وتوقيع من تسلم نسخة من التصريح بالحادثة)

Royaume du Maroc

Ministère de l'Emploi et des Affaires
Sociales



المملكة المغربية
وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية

ⵜⴰ ⵎⴰⵎⴻⵔⴰ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ
ⵜⴰ ⵎⴰⵎⴻⵔⴰ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉⵔ

النموذج رقم 6

وصل إيداع نظير من الشواهد الطبية من طرف المشغل أو أحد مأموريه لدى المديرية الجهوية أو الإقليمية للتشغيل
تطبيقا للمادة 25 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله



الإسم الشخصي والعائلي :

بصفتي :

لدى المديرية الجهوية أو الإقليمية للتشغيل :

مقرها :

أشهد أن نظير الشهادة الطبية المدلى بها تبعا للحادثة التي تعرض لها

بتاريخ

السيد (ة) :

المزداد (ة) بتاريخ :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف :

المشغل أو المقاول أو المؤسسة :

مرجع ملف مقاوله التأمين وإعادة التأمين :

طبيعة الشهادة المدلى بها :

الشهادة الطبية الأولية

الشهادة الطبية للتمديد

شهادة استئناف العمل

الشهادة الطبية للشفاء

الشهادة الطبية لتحديد نسبة العجز

شهادة الوفاة

شهادة الإنتكاس

قد تم إيداعها

على الساعة :

بتاريخ :

بمكتب :

بتاريخ :

وحرر في :

الخاتم والإمضاء

(صفة وتوقيع من تسلم نظير من الشهادة)



النموذج رقم 7

طلب إستفادة المصاب من المصاريف والتعويضات والإيرادات المضمونة قانونيا موجه إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين طبقا للمادة 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: الجنسية: تاريخ التشغيل:

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

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

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: العنوان:

تبعا لحادثة الشغل

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

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

(*) ترتب عن الحادثة: إصابة بدنية خفيفة ☐ إصابة بدنية بليغة ☐

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

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

المسلمة من طرف الطبيب المعالج الدكتور: بمؤسسة العلاج والإستشفاء:

تاريخ الشفاء: تاريخ إستئناف العمل:

وذلك بصفتي أجيرا أو مستخدما 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 والإيرادات المضمونة قانونيا من طرف

(*) مقابلة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني:

مقره (ها) الاجتماعي:

رقم عقد أو بوليصة التأمين: صالحة من إلى

وحرر في بتاريخ

الإمضاء:

(صاحب الطلب)

ملاحظة:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف صاحب الطلب .
- يحرر هذا الطلب من طرف المصاب في نموذجين، ويحتفظ المصاب بنموذج منه بعد ختمه من طرف مقابلة التأمين وإعادة التأمين قصد إثبات الإيداع.
- يرفع الطلب إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة.
- تحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون رقم 18.12.



النموذج رقم 7 مكرر

طلب ذوي حقوق المصاب الاستفادة من المصاريف والتعويضات والإيرادات المضمنة قانونيا
موجه إلى مقالة التأمين وإعادة التأمين

طبقا للمادة 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: الجنسية:

(*) بصفتي من ذوي الحقوق: ونيابة عن:

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: بصفته: العنوان:

تبعا لحادثة الشغل

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

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

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

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

التي توفي (ت) على إثرها

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

(*) مهنته أثناء حياته (ها): العنوان:

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

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

(*) الحالة العائلية للهاك: عازب (ة) ☐ متزوج (ة) ☐ عدد الأرمال: عدد الأطفال اليتامى: عدد الأصول:

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

(*) إسم المشغل أو المقولة أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الاجتماعي:

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

نطلب الاستفادة من المصاريف والتعويضات والإيرادات المضمنة قانونيا من طرف

(*) مقالة التأمين وإعادة التأمين أو ممثليها القانوني:

مقره (ها) الاجتماعي:

رقم عقد أو بوليصة التأمين: صالحة من: إلى:

وحرر في: بتاريخ:

الإمضاء:

(ذوي الحقوق أو من يمثلهم)

ملاحظة:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف ذوي الحقوق أو من يمثلهم .
- يحرر هذا الطلب من طرف ذوي الحقوق في نموذجين، ويحتفظ بنموذج منه بعد ختمه من طرف مقالة التأمين وإعادة التأمين قصد إثبات الإيداع.
- يرفع الطلب إلى مقالة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة.
- تحتفظ مقالة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون رقم 18.12.



النموذج رقم 8

طلب المصاب مراجعة الإيراد على أساس تفاقم العاهة أو الضرر موجه إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين طبقا للمادة 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 أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

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

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: العنوان:

المصاب بحادثة الشغل التي وقعت

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

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

(*) وقد خلفت الحادثة إصابة خفيفة ☐ إصابة بليغة ☐

(*) نسبة العجز التي خلفتها الحادثة:

الممنوح على إثرها الإيراد العمري

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

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

أطلب مراجعة الإيراد الممنوح من طرف

(*) مقابلة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلها القانوني: مقرر (ها) الاجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقابلة التأمين وإعادة التأمين:

على إثر تفاقم الضرر أو العاهة

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

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

بمؤسسة العلاج والإستشفاء: تاريخ إستئناف العمل: تاريخ الشفاء:

وحرر في بتاريخ:

الإمضاء:

(صاحب الطلب)

ملاحظة :

- يحضر هذا الطلب من طرف المصاب في نموذجين، ويحتفظ المصاب بنموذج منه بعد ختمه من طرف مقابلة التأمين وإعادة التأمين قصد إثبات الإيداع.
- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف صاحب الطلب .
- يرفع الطلب إلى مقابلة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ الشفاء طبقا للمادة 145 من القانون رقم 18.12.
- تحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بإجراء مراقبة طبية.
- تحتفظ مقابلة التأمين وإعادة التأمين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون رقم 18.12.



النموذج رقم 8 مكرر

طلب ذوي الحقوق مراجعة التعويضات تبعا لوفاة المصاب نتيجة تفاقم العاهة أو الضرر
موجه إلى مقالة التأمين وإعادة التأمين

طبقا للمادة 145 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله



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

(*) مهنته: العنوان:

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: الجنس:

(*) بصفتي من ذوي الحقوق: ونياية عن

في حالة التمثيل القانوني: الإسم الشخصي والعائلي: بصفته
العنوان:

معطيات حول حادثة الشغل التي سبق أن وقعت للهالك (ة)

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

(*) عنوان مكان وقوع الحادثة: المدينة:

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

معطيات حول الهالك (ة)

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

(*) مهنته أثناء حياته: العنوان:

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: جنس:

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

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

معطيات حول الإيراد العمري الممنوح سابقا للهالك (ة)

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

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

تبعا لوفاة الهالك (ة) نتيجة تفاقم الضرر أو العاهة

(*) تاريخ تفاقم الضرر أو العاهة: تاريخ الوفاة:

(*) طبقا للشهادة الطبية المثبتة للوفاة تبعا لتفاقم الضرر أو العاهة، والمؤرخة في: المسلمة من طرف الطبيب المعالج:

مؤسسة العلاج والإستشفاء:

نطلب مراجعة التعويضات الممنوحة من طرف

(*) مقالة التأمين وإعادة التأمين أو ممثلا القانوني:

مقره (ها) الإجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقالة التأمين وإعادة التأمين:

وحرر في: بتاريخ:

الإمضاء:

(ذوي الحقوق أو من يمثلهم)

ملاحظة:

- يحذر هذا الطلب من طرف ذوي الحقوق في نموذجين، ويحتفظ بنموذج منه بعد ختمه من طرف مقالة التأمين وإعادة التأمين قصد إثبات الإيداع.
- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف ذوي الحقوق أو من يمثلهم.
- تحتفظ مقالة التأمين وإعادة التأمين بالحقي في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون رقم 18.12.
- تحتفظ مقالة التأمين وإعادة التأمين بإجراء خبرة طبية على ملف الهالك.
- يرفع الطلب إلى مقالة التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة طبقا للمادة 145 من القانون رقم 18.12.



النموذج المحدد بموجب

الشهادة الممنوحة من طرف المشغل للمصاب بحادثة الشغل أو لذوي حقوقه أو من يمثلهم

تطبيقا للمادة 14 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أولا : معلومات حول المشغل

(*) اسم المشغل أو المقاول أو المؤسسة :

(*) الممثل القانوني للمشغل أو من ينوب عنه أو المقاول أو المؤسسة :

مقره (ها) الاجتماعي :

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

ثانيا : معلومات حول مقالة التأمين وإعادة التأمين (المؤمنة لمسؤولية المشغل)

(*) اسم مقالة التأمين وإعادة التأمين :

(*) اسم الممثل القانوني لمقالة التأمين وإعادة التأمين :

(*) مقرها (ه) الاجتماعي :

(*) رقم عقد أو بوليصة التأمين :

صاحبة من : إلى :

ثالثا : معلومات حول المصاب بحادثة الشغل

(*) الاسم الشخصي والعائلي للمصاب :

(*) تاريخ ومكان الأزداد :

(*) العنوان :

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

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

ثالثا : معلومات حول الحادثة التي وقعت

بتاريخ الحادثة : على الساعة : داخل مقر العمل : ☐ في إطار تكليف بمهمة : ☐ أثناء مسافة الذهاب والإياب : ☐

مكان الحادثة :

(*) وقد خلفت الحادثة : إصابة خفيفة ☐ إصابة بليغة ☐

وحرر في بتاريخ

الخاتم والإمضاء :

(المشغل أو أحد مأموريه)

ملاحظة هامة :

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف المشغل أو أحد مأموريه .

- في حالة عدم تسليم هذه الشهادة فور إخبار المشغل أو أحد مأموريه بوقوع الحادثة، تطبق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.

- تذكير بأحكام القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

المادة 14 (الفقرة الثانية): (...) ويتعين على المشغل، فور إخباره بالحادثة، أن يسلم المصاب بالحادثة أو لذوي حقوقه أو من يمثلهم شهادة تتضمن، على الخصوص، إسمي المشغل والمصاب بالحادثة وعنوانهما ونوع الحادثة وتاريخ وقوعها، وإسم المقالة المؤمنة ورقم بوليصة التأمين ورقم تسجيل المصاب بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويحدد نموذج هذه الشهادة بقرار للسلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل.

المادة 37 (البند 1 و 2 و 3): يتحمل المشغل أو مؤمنه المصاريف الآتي بيانها سواء انقطع المصاب بالحادثة عن العمل أم لا :

1- مصاريف التشخيص والعلاجات الطبية والجراحية والصيدلية ومصاريف الاستشفاء ومصاريف التحليلات والفحوصات والمصاريف الواجب أدائها للأطباء وللمساعدين الطبيين، وبوجه عام جميع المصاريف التي يستوجبها علاج المصاب؛

2- مصاريف المستلزمات الطبية التي تفرضها الحادثة بما فيها المصاريف التي تفرضها الحادثة والمتعلقة بنيل أجهزة استبدال أو تقويم الأعضاء أو بإصلاحها أو بتجديدها ؛

3- مصاريف نقل المصاب إلى محل إقامته الاعتيادي أو إلى مؤسسة عمومية أو خصوصية للاستشفاء والعلاج الأقرب من مكان وقوع الحادثة: (...)

المادة 39 (الفقرة الثالثة): (...) لا يمكن للمؤسسات العمومية أو الخصوصية للاستشفاء والعلاج أو الطبيب المعالج أن يطالبوا المصاب بحادثة الشغل بأداء المصاريف المنصوص عليها في المادة 37 أعلاه إلا في الحالتين التاليتين :

1- إذا لم يقدم المصاب الشهادة المنصوص عليها في الفقرة الثانية من المادة 14 أعلاه :

2- إذا قدم المصاب هذه الشهادة ووافق، قبل تلقيه العلاج الأولي، على تحمل مصاريف إضافية تتجاوز تعريف المصاريف المحددة في القرار المشترك المشار إليه في الفقرة الأولى من المادة 38 أعلاه. وفي هذه الحالة يجب أن تتضمن الشهادة الطبية الأولية موافقة المصاب على تحمل هذه المصاريف الإضافية.

[illegible]

خامسا: المعطيات الأساسية المعتمدة لاحتساب المصاريف والتعويضات والإيرادات

مبلغ الأجرة السنوية المحصل عليها خلال 12 شهرا السابقة لوقوع الحادثة :

مبلغ الاجرة السنوية المفيدة (في حالة تصحيحها):.....

سادسا : المصاريف المضمونة قانونيا

المبلغ الإجمالي للتعويض اليومي : / المبلغ الذي تم أدائه: والمبلغ الواجب أدائه:

المبلغ الإجمالي لمصاريف التشخيص والعلاجات الطبية ... (البند الأول من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة

العلاج والإستشفاء: المبلغ المؤدى مباشرة لذوي الحقوق برسم التعويض عن المصاريف:

المبلغ الإجمالي لمصاريف المستلزمات الطبية (البند الثاني من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة العلاج

والإستشفاء: المبلغ المؤدى مباشرة لذوي الحقوق برسم التعويض عن المصاريف:

مصارييف الجنائة (البند الرابع من المائة 37):

مصارييف نقل جثمان المصأب (البند الرابع من المادة 37):

مصاریف آخری:

سابعاً : التعويضات والإيرادات المضمونة قانونياً

تاريخ بداية الإنتفاع بإيرادات ذوي الحقوق:

[illegible]

حرر محضر الصلح في ثلاث نظائر أصليّة في تاريخ

توقيع ذوي حقوق الهالك مصادق عليه

توقيع وخاتم المقاوله المؤمنه

توقيع وخاتم المشغل

قصد التأشير، عند الاقتضاء

ملاحظة هامة :

- هذه الوثيقة معفاة من واجبات الرسوم طبقاً للقوانين الجاري العمل بها.
- يجب على مقاوله التأمين وإعادة التأمين توجيه نسخة من محضر الصلح إلى السلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل داخل أجل ثلاث أشهر ابتداء من تاريخ التوقيع على المحضر طبقاً للفقرة الثانية من المادة 136 من القانون رقم 18.12.



النموذج المحدد بموجب

محضر الصلح المثبت للاتفاق بين مقاوله التأمين وإعادة التأمين والمصاب في حالة العجز الدائم

المنصوص عليه في المادة 133 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أولاً: معلومات حول مقاوله التأمين وإعادة التأمين (المؤمنة لمسؤولية المشغل)

اسم مقاوله التأمين وإعادة التأمين :
اسم الممثل القانوني لمقاوله التأمين وإعادة التأمين :
مقرها (هـ) الاجتماعي :
رقم عقد أو بوليصة التأمين :
رقم ملف الحادثة لدى مقاوله التأمين وإعادة التأمين :
صاحبة من :
إلى :

ثانياً: معلومات حول المصاب بحادثة الشغل



الاسم الشخصي والعائلي للمصاب :
تاريخ ومكان الأزيد :
العنوان :
الحالة العائلية :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو أي نظام آخر للحماية الاجتماعية :
اسم المشغل أو المقاول أو المؤسسة :
مقره (ها) الاجتماعي :
في حالة التمثيل القانوني: الاسم الشخصي والعائلي :
العنوان :
بصفته :

ثالثاً: الحوادث السابقة

تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:
تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:
تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:	تاريخ الحادثة:	نسبة العجز:
العاهات الخلقية: طبيعة العاهات الخلقية			
نسبة العجز:			

رابعاً: معلومات حول الحادثة والآثار المترتبة عنها

تاريخ وقوع الحادثة :
تاريخ التصريح بالحادثة :
مدة العجز المؤقت عن العمل :
تاريخ إستئناف المصاب للعمل :
تاريخ شفاء المصاب :
من :
إلى :

طبيعة العجز الدائم: ☐ تام ☐ نسبي ☐ نسبة العجز: ☐ المحددة بتاريخ:

بإتفاق مشترك بين الطبيب المعالج للمصاب، الدكتور

والطبيب المنتدب من طرف مقاوله التأمين وإعادة التأمين، الدكتور

أو بناء على تقرير الطبيب الخبير الثالث المختص، الدكتور

خامساً: المعطيات العامة الأساسية المعتمدة لاحتساب المصاريف والتعويضات والإيرادات

مبلغ الأجرة السنوية المحصل عليها خلال 12 شهرا السابقة لوقوع الحادثة :
مبلغ الأجرة السنوية المفيدة (في حالة تصحيحها) :
نسبة العجز المحددة :
نسبة العجز بعد التخفيض :
نسبة العجز أخذاً بعين الاعتبار الحوادث السابقة :
سن المصاب وقت الشفاء :
سعر السنتيم المقابل لسن المصاب طبقاً للجدول الجاري به العمل :

سادسا :المصاريف المضمونة قانونيا

المبلغ الإجمالي للتعويض اليومي : المبلغ الذي تم أدائه: المبلغ الباقي أدائه:
 المبلغ الإجمالي لمصاريف التشخيص والعلاجات الطبية ... (البند الأول من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة العلاج والإستشفاء المبلغ المؤدى مباشرة للمصاب برسم التعويض عن المصاريف
 المبلغ الإجمالي لمصاريف المستلزمات الطبية (البند الثاني من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة العلاج والإستشفاء المبلغ المؤدى مباشرة للمصاب برسم التعويض عن المصاريف
 مصاريف أجهزة إستبدال وتقويم الأعضاء (البند الثاني من المادة 37) : تحمل مصاريف تجديدها أو إستبدالها: نعم ☐ لا ☐ مصاريف أخرى:

سابعا : التعويضات المضمونة قانونيا على شكل رأسمال أو إيراد

المصاب (ة) غير البالغ سن الرشد القانوني:



مبلغ الإيراد السنوي الممنوح إلى غاية بلوغ سن الرشد القانوني : تاريخ الانتفاع بالإيراد:
 التاريخ المحدد لتحويل الإيراد المحول إلى رأسمال: مبلغ الرأسمال:

المصاب (ة) البالغ سن الرشد القانوني:

مبلغ الإيراد المحول إلى رأسمال (نسبة العجز أقل من 10 في المائة) : مبلغ الإيراد السنوي (نسبة العجز تساوي أو تفوق 10 في المائة): تاريخ الانتفاع بالإيراد:

ثامنا : في حالة مراجعة الإيراد بسبب تفاقم العاهة أو الضرر

تاريخ تفاقم العاهة أو الضرر نسبة العجز بعد التفاقم المحددة بتاريخ
 باتفاق مشترك بين الطبيب المعالج للمصاب، الدكتور
 والطبيب المنتدب من طرف مقاوله التأمين وإعادة التأمين، الدكتور
 أو بناء على تقرير الطبيب الخبير الثالث المختص، الدكتور
 مدة العجز المؤقت عن العمل الناتجة عن تفاقم الضرر أو العاهة : من إلى
 تاريخ شفاء المصاب : تاريخ إستئناف المصاب للعمل :

تاسعا : المصاريف والتعويضات والإيرادات في حالة المراجعة بسبب تفاقم الضرر أو العاهة

المصاريف المضمونة قانونيا:

المبلغ الإجمالي للتعويض اليومي : المبلغ الذي تم أدائه: المبلغ الباقي أدائه:
 المبلغ الإجمالي لمصاريف التشخيص والعلاجات الطبية ... (البند الأول من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة العلاج والإستشفاء المبلغ المؤدى مباشرة للمصاب برسم التعويض عن المصاريف
 المبلغ الإجمالي لمصاريف المستلزمات الطبية (البند الثاني من المادة 37): المبلغ المؤدى في إطار التحمل لمؤسسة العلاج والإستشفاء المبلغ المؤدى مباشرة للمصاب برسم التعويض عن المصاريف
 مصاريف أجهزة إستبدال وتقويم الأعضاء (البند الثاني من المادة 37) : تحمل مصاريف تجديدها أو إستبدالها: نعم ☐ لا ☐ مصاريف أخرى:

التعويضات والإيرادات:

مبلغ الإيراد السنوي المراجع : تاريخ الانتفاع بالإيراد السنوي المراجع:
 تعويضات أخرى:

حرر محضر الصلح في ثلاث نظائر أصلية في

بتاريخ

توقيع المصاب مصادق عليه

توقيع وخاتم المقاوله المؤمنة

توقيع وخاتم المشغل

قصد التأشير، عند الإقتضاء

ملاحظة هامة :

- هذه الوثيقة معفاة من واجبات الرسوم طبقا للقوانين الجاري العمل بها.
- يجب على مقاوله التأمين وإعادة التأمين توجيه نسخة من محضر الصلح إلى السلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل داخل أجل ثلاث أشهر تبتدى من تاريخ التوقيع على المحضر طبقا للفقرة الثانية من المادة 136 من القانون رقم 18.12.