



النموذج رقم 1

تصريح بحادثة شغل من طرف المشغل أو أحد مأمورية لمقاولة التأمين وإعادة التأمين
تطبيقا للمادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

أنا الموقع أسفله

(*) الإسم الشخصي والعائلي: بصفتي:

(*) لدى المشغل أو المقاولة أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الإجتماعي:

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

أصرح طبقا للمادة 15 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

(*) لمقاولة التأمين وإعادة التأمين:

(*) أو لممثلي القانوني:

(*) مقرها / مقره الاجتماعي:

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

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 التالية:

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

نوعية الأضرار البدنية في حالة الإصابة:

(*) لم يترتب عن الحادثة توقف المصاب عن العمل (*) تترتب عنها توقف المصاب عن العمل

(*) لمدة: يوما من: إلى غاية: طبقا للشهادة الطبية الأولية المؤرخة في:

المسلمة من طرف الطبيب المعالج: بمؤسسة العلاج والإستشفاء:

شهود الحادثة:

1. السيد (ة): الجنسية: رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

العنوان:

2. السيد (ة): الجنسية: رقم البطاقة الوطنية للتعريف:

العنوان:

المعلومات المتعلقة بالمصاب بالحادثة

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

(*) مهنته (ها): عنوانه (ها):

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

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

(*) الأجرة: اليومية: أو الأسبوعية: أو الشهرية: / أجرة 12 شهر السابقة للحادثة:

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

في حالة الوفاة: عدد الأرمال: عدد اليتامى: عدد الأصول:

(*) 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:

الخاتم والإمضاء: حرر في بتاريخ:

(المصرح)

ملاحظة هامة:

- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا بصفة دقيقة من طرف المصرح
- يتم التصريح داخل أجل الخمسة أيام الموالية لتاريخ وقوع الحادثة، إما بإيداعه مباشرة لدى المقاولة المؤمنة للمشغل مقابل وصل بالإيداع أو يرسل بواسطة رسالة مضمونة الوصول مع الإشعار بالتوصل.
- يرفق التصريح بنظير من الشهادة الطبية الأولية وعدد الإقتضاء، بحضور الضابطة القضائية أو وصل معaine العادة في حالة وقوعها أثناء مسافة الذهاب والإياب، ما لم تحل دون ذلك أسباب مشروعة.
- في حالة عدم التصريح تطبق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.



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:

(*) 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:

صالحة 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 خلقت 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.

- يحرر 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، تطبيق الغرامات المنصوص عليها في المادة 186 من القانون رقم 18.12.



النموذج رقم 6

وصول 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

السيد (ة) :

بتاريخ

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 لتمديد

شهادة استئناف العمل

الشهادة الطبية لشفاء

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 مكرر

طلب ذوي حقوق المصاب الاستفادة من المصاريف والتعويضات والإيرادات المضمونة قانونيا
موجه إلى مقاوله 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:

تبعاً 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 لهالك "ة"): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر أنثى

(*) مهنته أثناء حياته (ها): العنوان:

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

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

(*) الحالة العائلية لهالك: عازب (ة) متزوج (ة) عدد الأرامل: عدد الأطفال اليتمى: عدد الأصول:

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

(*) إسم المشغل أو المقاول أو المؤسسة:

(*) مقره (ها) الاجتماعي:

رقم الاتخراط في الصيدوق الوطني للضمان الاجتماعي أو في أي نظام آخر للحماية الاجتماعية:

تطلب الاستفادة من المصاريف والتعويضات والإيرادات المضمونة قانونيا من طرف

(*) مقاوله التأمين وإعادة التأمين أو ممثله 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 مقاوله التأمين وإعادة التأمين قصد إثبات الإيداع.
- يرفع الطلب إلى مقاوله التأمين وإعادة التأمين داخل أجل الخمس سنوات الموالية لتاريخ وقوع الحادثة.
- تحتفظ مقاوله 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:
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 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:

مقره (ها) الاجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقابلة التأمين وإعادة التأمين:

على إثر تفاقم الضرر أو العاهة

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

- يحرر 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 مقاوله التامين وإعادة التامين

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: الجنسيتها:

(*) بصفتي من ذوي الحقوق: ونيابة عن:

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

معطيات حول حادثة الشغل التي سبق أن وقعت للبالغ (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 البالغ (ة)

(*) السيد (ة) (الإسم الشخصي والعائلي للبالغ "ب"): المزداد (ة) بتاريخ: ذكر أنثى

(*) مهنته أثناء حياته: العنوان:

(*) رقم البطاقة الوطنية للتعريف: جنسيتها:

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

(*) الحالة العائلية للبالغ: عازب (ة) متزوج (ة) عدد الأرمال: عدد الأطفال اليقاي: عدد الأصول:

معطيات حول الإيراد العمري الممنوح سابقا للبالغ (ة)

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

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

تبعا لوفاة البالغ (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:

تطلب مراجعة التعويضات الممنوحة من طرف

(*) مقاوله التامين وإعادة التامين أو ممثلها القانوني:

مقره (ها) الإجتماعي:

رقم ملف الحادثة لدى مقاوله التامين وإعادة التامين:

وحرر في: بتاريخ:

الإمضاء:

(ذوي الحقوق أو من يمثلهم)

ملاحظة:

- يحزر هذا الطلب من طرف ذوي الحقوق في نموذجين، ويحتفظ بنموذج منه بعد ختمه من طرف مقاوله التامين وإعادة التامين لصد إثبات الإبداء.
- المعلومات التي تحمل علامة (*) يتعين ملؤها وجوبا من طرف ذوي الحقوق أو من يمثلهم.
- تحتفظ مقاوله التامين وإعادة التامين بالحق في طلب جميع الوثائق والمستندات طبقا للمادة 139 من القانون رقم 18.12.
- تحتفظ مقاوله التامين وإعادة التامين بإجراء خبرة طبية على ملف البالغ.
- يرفع الطلب إلى مقاوله التامين وإعادة التامين 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 يتوب 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 مقاولو التأمين وإعادة التأمين (المؤسسة لمسؤولية المشغل)

(*) اسم مقاولو التأمين وإعادة التأمين :

(*) اسم الممثل القانوني لمقاولو التأمين وإعادة التأمين :

(*) مقرها (هـ) الاجتماعي :

(*) رقم عقد أو بوليصة التأمين :

صالحة من : إلى :

ثالثا : معلومات حول المصاب بحادثة الشغل

(*) الاسم الشخصي والعائلي للمصاب :

(*) تاريخ ومكان الإيداع :

(*) العنوان :

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

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

رابعاً : 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 (*) بتعين 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 عنها 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 المقاول المؤتمتة ورقم بوليصة التأمين ورقم تسجيل المصاب بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويحدد نموذج هذه الشهادة بقرار للسلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل.

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

- 1- مصاريف التشخيص والعلاجات الطبية والجراحية والصيدانية ومصاريف الاستشفاء ومصاريف التحليلات والفحوصات والمصاريف الواجب أدائها للأطباء والمساعدين الطبيين، وبوجه عام جميع المصاريف التي يستوجبها علاج المصاب؛
- 2- مصاريف المستلزمات الطبية التي تفرضها الحادثة بما فيها المصاريف التي تفرضها الحادثة والمتعلقة ببليل 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 عنها في المادة 37 أعلاه إلا في الحالتين التاليتين:

- 1- إذا لم يقدم المصاب الشهادة المنصوص عنها في الفقرة الثانية من المادة 14 أعلاه؛
- 2- إذا قدم المصاب هذه الشهادة ووافق، قبل تلقيه العلاج الأولي، على تحمل مصاريف إضافية تتجاوز تعريفه 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.

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:

سابعها: 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): تاريخ الانتفاع بالإيراد:

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

بإتفاق مشترك بين الطبيب المعالج للمصاب، الدكتور
والطبيب المنتدب من طرف مقابلة 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 المقابلة المؤمنة

توقيع وخاتم المشغل
قصد التأشير، عند الإقتضاء

ملاحظة هامة:

- هذه الوثيقة معفاة من واجبات الرسوم طبقا للقوانين الجاري العمل بها.
- يجب على مقابلة 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.