



Régime de réparation des préjudices résultant des
Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles
(loi n°94-28 du 21 Février 1994)

DEMANDE D'INDEMNITE JOURNALIERE *

initiale

de rechute

La demande doit être accompagnée d'un certificat médical précisant la nature des lésions et la période d'incapacité du travail

Partie à remplir par la victime

Numéro Assuré Social

Je soussigné

Demeurant à :

Déclare que j'ai interrompu mon travail depuis : nombre de jours
et ce en raison de la lésion due à :

- L'accident du travail survenu le à Heures.
- La maladie professionnelle constatée le

Demande l'octroi d'une indemnité journalière et m'engage, à informer sans retard le bureau régional ou local où a été déposée la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, lorsque je reprends mon travail avant le délai de repos prescrit par le médecin.

Je déclare sur l'honneur, que les renseignements ci-dessus sont sincères et véridiques et que je suis informé que toute fausse déclaration m'expose à des poursuites judiciaires.

Fait à le
Signature

Partie à remplir par l'employeur

Numéro d'affiliation

Nom ou raison sociale de l'employeur

Adresse du lieu du travail : Code postal

Montants des salaires de la victime au cours des quatre trimestres précédant celui au cours duquel a eu lieu l'accident du travail ou la maladie professionnelle

Trimestre	Montant du salaire trimestriel	Référence
..... T.	Page Ligne
..... T.	Page Ligne
..... T.	Page Ligne
..... T.	Page Ligne

- Si la victime bénéficie pendant la période d'incapacité temporaire du travail d'une rente due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, indiquer le numéro de la rente et son montant
- Si le salaire est maintenu durant la période d'incapacité temporaire, indiquer le montant et le nombre de jours indemnisés

Je déclare sur l'honneur, que les renseignements ci dessus sont sincères et véridiques et que je suis informé que toute fausse déclaration m'expose à des poursuites judiciaires.

Fait à le
Signature et cachet de l'employeur

AT005

* Mettre (X) dans la case correspondante.