

**INSTITUT NATIONAL
DE SECURITE SOCIALE
B.P 1600 BUJUMBURA**

TEL. 22269515

Réservé à l'I.N.S.S.	
N°	Dossier
.....	
Date	
réception.....	

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE	MOD M 1
---	----------------

(A remplir en quatre exemplaires endéans les 4 jours de l'accident, deux exemplaires sont transmis à l'I.N.S.S. le troisième est remis à la victime ou à ses ayants-droit et le quatrième est conservé par l'employeur)

EMPLOYEUR	
Nom et Prénom :	N° d'affiliation de l'Employeur ou du Siège
Dénomination	D'exploitation.....
Adresse.....
Tél.....	Nom, Prénoms, qualité et adresse du déclarant

MALADE	
Nom.....	N° d'immatriculation à l'I.N.S.S.....
Prénoms.....	Résidence actuelle.....
Nom de jeune fille.....	Date d'entrée en Service.....
Né à : Colline.....	Fonctions habituelles.....
Commune.....
Province.....	Catégorie professionnelle.....
Date de naissance.....
Sexe : F/M.....	Réf. et N° de la Carte d'identité
Nationalité.....	
Nom du père.....	
Nom de la Mère.....	N° matric. du Service-Employeur
Date de la première constatation de la maladie :	

Nature de la maladie en référence à la liste officielle des maladies professionnelles

EMPLOYEURS PRECEDENTS DU MALADE

Dénomination	Adresse	Durée de Services		Profession
		du :	Au :	

(1) Personnel de la Fonction Publique ou des Forces armées

2

REMUNERATIONS

Perçues par la victime au cours des 3 derniers mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu :

MOIS	MONTANT (salaire de base + primes + heures supplémentaires + gratifications + logement)
1).....
2).....
3).....

Le salaire de la victime est-il maintenu pendant l'arrêt du travail ?

Entièrement	Partiellement	N'est pas maintenu

COMPOSITION FAMILIALE DU MALADE	
Noms et Prénoms	Date de naissance
Enfants 1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
*6.....

Le soussigné, certifie l'exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration.

Fait à....., le.....

Nom, Signature et Cachet de l'employeur Signature du déclarant

REMARQUES IMPORTANTES

- La déclaration de maladie professionnelle doit être accompagnée d'un certificat médical de première constatation modèle M2.
 - Ne doivent être déclarées que les maladies entraînant le décès ou une incapacité de travail de 15 jours au moins.
- Le déclarant, l'employeur et les témoins s'engagent sur l'honneur de ne pas faire de fausses déclarations.
- « Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible d'une amende de 1.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois ou de l'une de ces peines seulement sans préjudices des peines résultant de l'application d'autres lois s'il échet.
- Il sera tenu en outre de rembourser à l'Institut, les sommes indûment payées. Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant en cas de récidive dans le détail d'un an ».