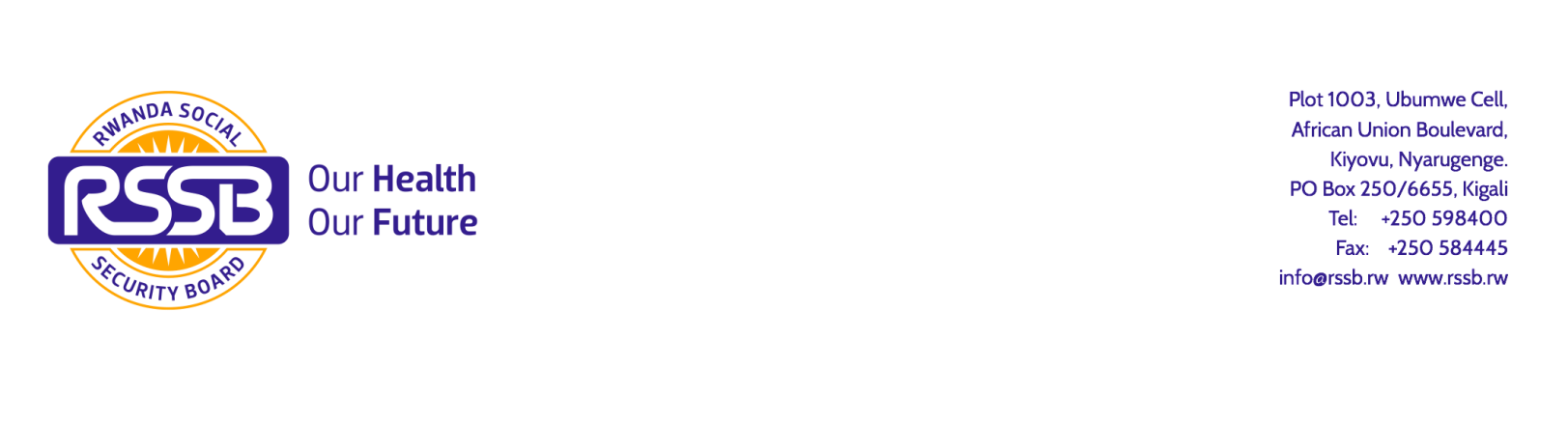
****

# (To be filled by the employer in 4 copies)

*A remplir par un employeur en 4 exemplaires*

1 copy for the employer/*1 copie pour l’employeur*

**Rwanda Social Security Board** 1 copy for the victim**/** *1 copie pour la victime*

# B.P. 250/6655 KIGALI2 copies for RSSB/ *2 copies pour RSSB.*

# Created by the law of 15/Nov.1962

Modified by decree law of 22/08/1974

|  |
| --- |
|  |
| Reserved for RSSB  *Resérvé à la RSSB* |

*Créée par la loi du 15 novembre 1962*

*Modifiée par le Décret-loi du 22/08/1974*

### FORM A1

**OCCUPATIONAL ACCIDENT DECLARATION** (No. 06/2003 of 22/03/2003 art.21 of the decree-law)

***DECLARATION D’ACCIDENT DE TRAVAIL (****No. 06/2003 de 22/03/2003 art.21 du Décret-loi )*

**VICTIM IDENTIFICATION:**

*Identification du travailleur, victime de l’accident*Affiliation No:/No. d’affiliation

Full name:………………………………………………

*Nom et Prénom…………………………………………………………….*

Gender/*sexe*:…………………………………………… …………….

Born on/place:Date :…………………..District:…....………………Province...................

*Né/à……………………………………………………………………………………………………………………………..*

Father: …………………………………

*Père…………………………………………………….*

Mother: ………………………………...

*Mère…………………………………………………*Identity card no:

*Tel*...................................................................... Noc*arte d’identité:*

Date of service commencement: ……………………………………………………………

*Date d’entrée en service ………………………………………………………………………………………….*

Adress for payment: …………………………………………….

*Adresse en cas de payement éventuel………………………………………………………..*

#### IDENTIFICATION OF THE EMPLOYER

#### *IDENTIFICATION D’EMPLOYEUR DE LA VICTIME*

Name of the employer: …………………………………… Employer registration.No:…………

*Nom ou raison sociale de l’entreprise………………………………….. No Matricule de l’employeur…………*

Employer address………………………...  Declared by :

*Adresse ou siège d’exploitation*Déclaré par :

Title:............................................

*Fonction du déclarant*

Address/e:..........................................

Full name:..........................................

*Nom et Prénom*

**Accident related information**

***Renseignement relatifs à l’accident***

Usual responsibilities of the victim……………………………

*Fonction habituelle de la victime*

Place of accident (Province, District and exact place of event)………………......................................................

*Lieu de l’accident (Endroit précis)*

Did the accident occur at the work place?

*L’accident est-il survenu sur le lieu du travail?*

Yes

*oui*

No

*Non*

Please mention: Day, date and hour of accident…………………………………………………………………

*Jour, date et heure de l’accident*

**Circumstances*(****Circonstances)****:***

What was the victim doing by the time of accident?......................................................................................................................................................................*Quel travail la victime exécutait-elle au moment de l’accident ?*

How did the accident occur? (Precise description of the accident, time, place, identification of the prime cause)

*Comment l’accident s’est-il produit? ((Description aussi exacte que possible de l’accident, identification de sa cause matérielle, du temps et du lieu où il s’est produit)*

…………………………………………………………………………………………………………………….

....................................................................................................................................................................................

Did the accident occur on the itinerary of work?Yes/oui

*L’accident est-il survenu sur le chemin du lieu de travail ? No/non*

- On the usualroute from residence to place of work or vice versa. Yes/oui

*Lors du trajet habituelde la résidence pour se rendre au lieu de travail ouvice versa. No/non*

- On the usual route to or from place of meals when at work. Yes/oui

*Lors du trajet habituelpour prendre ses repas ou pour en revenirNo/non*

- On the usual route to or from receiving remunerations. Yes/oui

*Lors du trajet habituel pour se rendre au lieu du payement de la rémunération ou pour en revenirNo/non*

- When at work place/ to or from executing a contract Yes/oui

*Sur le lieu detravail ou lors du voyage vers le lieu d’exécution d’un contrat ou voyage de retour No/non*

Eye-witnesses

Full name, title and address.........................................................................................................................................

*Principaux témoins oculaires de l’accident*

*Nom et Prénom, fonction et adresse……………………………………………………………………………………………………………………………*

Was the accident caused by the external third party or a worker of another employer? Yes No

If yes, indicatehis/her full name and address:.............................................................................................

*L’accident a-t-il été causé par la faute d’un tierce étranger à l’entreprise ou par un travailleur d’un autre employeur? Oui Non*

*Si oui, faire connaître ses noms et adresse complète.*

Other information: Family members of the victim:

*Renseignement divers: Composition de la famille de la victime:*

The victim’s last three months remuneration

*Rémunération de la victime pour*

*Les trois dernières mois*

*Spouse/Epoux (se) :........ …………born/ Né…………….*

Children/ Enfants:

1………………………………....born/*Né* ………….

2………………………………....born/*Né*.………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1st month/  *1ermois* | 2nd month/  2*ememois* | 3rd month  3*ememois* |
|  |  |  |

3…………………………………born/*Né*……….

4…………………………………born/*Né*………….

5…………………………………born/*Né*………….  
6…………………………………born/*Né*………….

I…………………...............confirm that the information given in this declaration is true

*Le soussigné certifie l’exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration (1)*

Done at …………………on ……………………20

*Fait à ………………....…le. ……………………20*

Signature and stamp of the employer

*Signature et cachet de l’employeur*

(1) The law severely punishes false declarations (Decree-Lawof 22/08/1974, art.50)

*(1) La loi punit sévèrement les fausses déclarations (Décret-loi du 22/08/1974, art.50)*