

DÉCLARATION

D'ACCIDENT DU TRAVAIL ☐ D'ACCIDENT DE TRAJET ☐

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE
A VEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIEME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur	
Adresse	
Code postal	N° de Téléphone
N° SIRET de l'établissement d'attache	N° de risque Sécurité Sociale
Nom du service de santé au travail	
Adresse	
	Code postal

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation	À défaut, sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance
Nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small>		
Adresse		Nationalité { Française <input type="checkbox"/> EEE, Suisse <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Code Postal		
Date d'embauche	Profession	
Qualification professionnelle		Ancienneté dans le poste de travail
Contrat de travail : CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Apprenti/Elève <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date	heure	
Lieu de l'accident <small>(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)</small>		
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps		Numéro de SIRET du lieu de l'accident
lieu de travail habituel <input type="checkbox"/>	au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail <input type="checkbox"/>	
lieu de travail occasionnel <input type="checkbox"/>	au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas <input type="checkbox"/>	(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur).
lieu du repas <input type="checkbox"/>	au cours d'un déplacement pour l'employeur <input type="checkbox"/>	
Activité de la victime lors de l'accident		
Nature de l'accident		
Objet dont le contact a blessé la victime		
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)		

Siège des lésions	
Nature des lésions	
La victime a été transportée à :	
L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Horaires de travail de la victime le jour de l'accident	de H mn à H mn et de H mn à H mn
Accident { constaté <input type="checkbox"/> connu <input type="checkbox"/>	le H mn heure H mn par l'employeur <input type="checkbox"/> par ses préposés <input type="checkbox"/> décrit par la victime <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le H mn sous le N°	
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) <input type="checkbox"/> DÉCÈS <input type="checkbox"/>	
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> par qui ?	

LE TÊMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)

Le témoin <input type="checkbox"/> ou la 1ère personne avisée <input type="checkbox"/> (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom
Adresse
Code postal

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, nom et adresse du tiers
Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire	Signature
Qualité	
Fait à	le H mn

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.