

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL (NOTICE D'UTILISATION)

(DÉCRET DU 17-12-85)

Madame, Monsieur,

Un salarié de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail. À cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à la sécurité sociale à l'aide du formulaire ci-joint.

Envoyez à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RÉSIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :

ATTENTION

Dans le cas d'un accident avec ARRÊT DE TRAVAIL, remplissez immédiatement L'ATTESTATION DE SALAIRE réf. S 6202, (rubriques « EMPLOYEUR » et « VICTIME »).

EMPLOYEUR

Dans tous les cas, indiquez votre numéro de SIRET.

VICTIME

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, apprenti, divers (V.R.P., sportif, personnel de maison, etc.)

ACCIDENT

1 - LIEU DE L'ACCIDENT

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail habituel (atelier, chantier, bureau),
- sur un lieu de travail occasionnel,
- lors d'un déplacement pour le compte de l'employeur,
- au domicile du salarié,
- sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail.

Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc.) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.).

3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

5 - ARRÊT DE TRAVAIL

Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, et si cet arrêt intervient après l'envoi de la présente déclaration, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « ATTESTATION DE SALAIRE » Accident du travail ou maladie professionnelle – Réf. S. 6202, à la caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime. Vous devez également remplir cette même formalité si votre salarié a un nouvel arrêt de travail dû à son accident.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.

*Le Directeur de
la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie*

Aux termes des articles L. 471.1 et R 471.3 du code de la Sécurité Sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse Primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la Caisse Primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident.



DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SÉCURITÉ SOCIALE

N° 60-3682

(Articles L 441.1 à L 441.4 et Articles R 441.2, R 441.3 et R 441.5) - (Décret du 17-12-85)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE 4^e VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.



ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
→ si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
→ si non, remplissez uniquement cette déclaration.

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____
Adresse _____
N° de Téléphone _____

CTN

ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse _____
N° de Téléphone _____
N° SIRET de l'établissement _____

Groupes d'activités

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime. _____

RÉSERVÉ CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation _____
À défaut sexe _____ Date de naissance _____
NOM, Prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux) _____
ADRESSE _____
Nationalité Française C.E.E. Autre
Date d'embauche _____ Profession _____
Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste _____
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

CPAM

ACCIDENT

Date Heure H mn
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de à et de à
Lieu de l'accident (1) _____
Circonstances détaillées de l'accident (1) _____
(indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
Siège des lésions (1) _____
Nature des lésions (1) _____
Victime transportée à _____

Accident constaté } le Heure par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu }
 inscrit au regist. d'infirmerie le sous le N°
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) DÉCÈS

TÉMOINS

Nom, prénom et adresse _____
Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI NON par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers : OUI NON
Si OUI, nom et adresse du tiers _____
Sté d'assurance du tiers _____

Nom, prénom du signataire
Qualité
(1) Se reporter à la notice d'utilisation

Fait à _____ le _____
Signature