

# 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 CONSERVER /48\$75,0( 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	/LHXGLW
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 F M	Date de naissance
Nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
Adresse	/LHXGLW	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	H	mn
Lieu de l'accident (Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)		Numéro de SIRET du lieu de l'accident	
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps			
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"/>	(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)	
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"/>	
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de H mn à H mn et de H mn à H mn			
Accident { <input type="checkbox"/> constaté <input type="checkbox"/> connu	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 TEMOIN 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	/LHXGLW	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.

# **DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET**

## **NOTICE D'UTILISATION**

Un(e) salarié(e) de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail ou de trajet. A cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à l'Assurance Maladie.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions ci-dessous.

Envoyez, à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets\* de ce formulaire, **PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES** (non compris les dimanche et jours fériés) après avoir eu connaissance de l'accident.

\* destinataires des volets : un volet pour la CPAM, un volet pour la CARSAT (ou la CRAMIF pour l'Ile de France) ou la CGSS, un volet pour l'Inspection du travail.

### **IMPORTANT :**

Dans le cas d'un accident avec **ARRET DE TRAVAIL**, merci d'établir l'ATTESTATION DE SALAIRE référencée S 6202 dans le meilleur délai afin de permettre à la caisse primaire de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

Si la victime est un salarié mis à disposition par une Entreprise de Travail Temporaire, en tant qu'entreprise utilisatrice de ce salarié, remplissez immédiatement le formulaire «INFORMATION PREALABLE A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL » référencé S 6209.

Dans ce cas, c'est l'employeur (l'Entreprise de Travail Temporaire) qui déclarera l'accident à l'Assurance Maladie à l'aide du présent formulaire.

**Nous vous informons que vous avez également la possibilité d'établir cette déclaration par le biais de NET-ENTREPRISES. Elle sera alors télétransmise directement à la Caisse.**

Si votre entreprise a une gestion centralisée des AT, le service de la déclaration d'accident du travail électronique vous permet d'indiquer une adresse de correspondance où tous les courriers doivent être envoyés. Dans ce cas, plus aucun courrier ne sera adressé à l'établissement d'attache et les courriers adressés à l'adresse de correspondance seront opposables. Pour accéder à ce service, vous êtes invité à vous connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer vos sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse de correspondance pourra intervenir à tout moment selon les modalités décrites sur le site.

### **L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime)**

Dans tous les cas, indiquez le SIRET de l'établissement d'attache, ainsi que les coordonnées du Service inter-entreprises de santé au travail (Médecine du travail) dont relève cet établissement d'attache, ou, le cas échéant, celles du service de santé intégré dans l'entreprise.

Dans le cas d'un accident survenu lors d'une mission d'intérim, indiquez le SIRET de l'agence où est inscrite la victime.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

### **LA VICTIME**

Indiquez le n° de sécurité sociale de la victime, ses nom et prénom, ses coordonnées personnelles (adresse et code postal, son n° de téléphone), sa date d'embauche et sa profession, sa qualification professionnelle et son ancienneté dans le poste.

- qualification professionnelle - précisez : cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, apprenti, élève de l'enseignement technique, ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié...
- ancienneté : précisez si la victime est à son poste depuis : moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.
- contrat de travail : cochez la case correspondant au type de contrat de travail (durée déterminée ou indéterminée...)

### **LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT**

Précisez la date et l'heure de l'accident.

- lieu de l'accident :  
dans tous les cas, indiquez le SIRET, l'adresse et le code postal de l'établissement du lieu de l'accident.  
dans les cas suivants, en plus de l'adresse et du code postal, indiquez :
  - le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime, lorsque la déclaration est établie par une entreprise d'intérim,
  - le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident, lorsque celle-ci est salariée d'un groupement d'entreprises.
- activité de la victime, nature de l'accident... :  
activité de la victime : précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.  
nature de l'accident : décrire l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, crasement, piqûre, noyade, contact avec une substance, objet dont le contact a blessé la victime, c'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil (tournevis, cutter, perceuse...), machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction (porte, mur...), sol...
- réserves motivées :  
Indiquez le cas échéant, les réserves motivées qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).
- siège des lésions :  
Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.
- horaire de travail de la victime le jour de l'accident :  
Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), **ou les heures prévues**, le jour de l'accident.
- conséquences :  
Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, vous devez **OBLIGATOIREMENT** établir et envoyer le formulaire « attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle » - référencé S6202, à la Caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.  
Par la suite, en cas de nouvel arrêt après une période de soins ou une reprise du travail, sur un mois différent, vous devrez également remplir cette même formalité.
- le témoin ou la 1<sup>ère</sup> personne avisée :  
Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du témoin.  
En l'absence de témoin, indiquez la 1<sup>ère</sup> personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.
- le tiers :  
Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

*N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.*

**Aux termes des articles L. 114-17-1, 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 et prononcer une pénalité financière.**

**Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).**

**La Loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.**