

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 _____ Lieu-dit _____

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 _____ Lieu-dit _____

Code postal _____ Nationalité } Française
EEE, Suisse
Autre

Date d'embauche _____ Profession _____

Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste de travail _____

Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Elève Intérimaire Autre

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)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps

Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail _____

Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas _____

Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur _____

Numéro de SIRET du lieu de l'accident _____
(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)

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 NON

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 { constaté le _____ heure _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu

l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le _____ sous le N° _____

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ? _____

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

Le témoin **ou la 1ère personne avisée** *(en cas d'absence de témoin)*

Nom et prénom _____

Adresse _____ Lieu-dit _____ Code postal _____

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

Si OUI, nom et adresse du tiers _____

Société d'assurance du tiers _____

Nom et prénom du signataire _____

Qualité _____ Signature _____

Fait à _____ le _____

(*) : 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'île 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 envoyés 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'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse...).
 - ☞ 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^{ère} personne avisée :

Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin.
En l'absence de témoin, indiquez la 1^{ère} 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.

feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5 et R 441.8 du code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6 200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement lors de la délivrance)

l'organisme d'assurance maladie

● identification ● numéro AT/MP (à compléter par la caisse en cas de renouvellement) | | | | | | | | | |

la victime

● identification
nom patronymique (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)
prénom date de naissance
adresse
code postal
numéro d'immatriculation

l'employeur

● identification
nom-prénom ou raison sociale RECTORAT DE PARIS
adresse 12 BOULEVARD D'INDOCHINE
code postal 75019 PARIS
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime 17750430500158
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? oui non

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

● accident du travail ● maladie professionnelle
date date de la constatation médicale
rechute du rechute du

● lésions
nature
siège

demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse
code postal
je demande le renouvellement de cette feuille d'accident
date signature

