

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 ☐ 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		Nationalité { Française ☐ EEE, Suisse ☐ Autre ☐	
Code Postal			
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			Numéro de SIRET du lieu de l'accident
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	☐
(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur).			

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	H	mn	heure	H	mn	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	
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.

Dans le cas où l'entreprise a centralisé la gestion des AT, le service de la déclaration d'accident du travail électronique permet de plus à l'entreprise d'indiquer une adresse de correspondance où tous les courriers doivent être envoyés. Si l'entreprise fait ce choix, 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, l'entreprise est invitée à se connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer ses sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse de correspondance pourra intervenir à tout moment selon des 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 les cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquez le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime ;
 - ☞ dans le cas où la victime d'un accident est salariée d'un groupement d'entreprise, indiquez le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident si celui-ci est différent de l'établissement d'attache ;
 - ☞ dans tous les cas, indiquez l'adresse du lieu de l'accident et le code postal.
- 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 (heurte, 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, 441-6 et 441-7 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.