

# DECLARATION

## 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 A LA CAISSE PRIMAIRE DE RESIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURE(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DECLARATION PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION 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

A défaut, sexe  M Date de naissanceNom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Adresse

Code Postal

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

(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 le H mn sous le N° l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le H mn sous le N°Conséquences : SANS ARRET DE TRAVAIL  AVEC ARRET DE TRAVAIL (\*) DECES 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

Signature

Qualité

Fait à le H mn

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

DAT-PRE S6200g

# DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

VOLET COMPLETANT LE FORMULAIRE DE DECLARATION N° 14463\*01 POUR CETTE VICTIME

## LA VICTIME

N° d'immatriculation	A défaut, sexe <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Date de naissance
Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))		
Adresse		
Code Postal		

## L'ENTREPRISE UTILISATRICE (Si la déclaration est établie par une entreprise d'intérim)

### Entreprise utilisatrice

Nom et prénom ou raison sociale	N° de Téléphone	courriel
Adresse		
Code postal		

### Etablissement utilisateur de la victime

Adresse	N° de Téléphone	courriel
Code postal		

N° de SIRET de l'établissement  N° de risque Sécurité Sociale

## AUTRE TEMOIN

Nom et prénom	
Adresse	
Code postal	

## AUTRE TEMOIN

Nom et prénom	
Adresse	
Code postal	

## AUTRE TEMOIN

Nom et prénom	
Adresse	
Code postal	

## LE TIERS ET SA SOCIETE D'ASSURANCE (Si l'accident est causé par un tiers)

### Le tiers

Nom, prénom	
Adresse	
Code postal	

### Sa société d'assurance

Société d'assurance du tiers	
N° de contrat	
Adresse	
Code postal	



## Mon profil

### Personne Autorisée

Nom :

Prénom :

SIRET :

Mél :

Téléphone :

## Transmission des échanges

**Saisie des formulaires en ligne (EFI)      Dépôt de flux structurés (EDI)**

## Préférences

Format des Accusés de Réception :

PDF      XML

## Établissement d'attache de la victime

L'établissement d'attache de la victime est celui qui a été déclaré au titre des cotisations sociales pour l'exercice en cours.

### Etablissement déclaré

SIRET :

Code APET :

Raison sociale :

Siège social :

Adresse :

## ADRESSE SECONDAIRE DE CORRESPONDANCE

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

## NUMERO DE RISQUE

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

## LES COORDONNEES DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

### Nom :

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

## Identification de la victime

**CPAM Destinataire :**

**N° d'Immatriculation :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :**

**Nom :**

**Prénom :**

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

**Nationalité :**

**Date d'embauche :**

**Profession :**

**Précisez la profession si nécessaire :**

**Qualification professionnelle :**

**Ancienneté :**

**Nature du contrat :**

**Autre(s) victime(s) :**

## Description de l'accident (1/2)

**Date de l'accident :**

**Heure de l'accident :**

**Horaire de travail de la victime**      De      à      et de      à  
**le jour de l'accident :**

**Lieu de l'accident :**

Nom lieu de l'accident :

Point de remise (num. appartement,

Complément (entrée, immeuble,  
tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit,  
BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

SIRET Lieu Accident

**Activité de la victime**

**Lors de l'accident:**

**Nature de l'accident :**

**Objet dont le contact**

**A blessé la victime :**

**Réserves motivées :**

**Siège des lésions :**

**Nature des lésions :**

## Description de l'accident (2/2)

## **Victime transportée à :**

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

## Accident :

**Constaté** par :  
**Connu**

## Décrit par la victime

## Conséquence :

## avec arrêt de travail

## sans arrêt de travail

## Décès

## **Inscrit au registre d'accidents de travail bénins:**

non

qui le

sous le numéro :

## Rapport de police

## Un rapport de police a-t-il été établi ?

Non  
Oui

## Renseignements sur les témoins

### Témoin 1

Nom :  
Prénom :  
Point de remise :  
Complément  
Voie :  
Mention de distribution :  
Code postal et commune :  
Pays :

### Témoin 2

Nom :  
Prénom :  
Point de remise :  
Complément  
Voie :  
Mention de distribution :  
Code postal et commune :  
Pays :

### Témoin 3

Nom :  
Prénom :  
Point de remise :  
Complément  
Voie :  
Mention de distribution :  
Code postal et commune :  
Pays :

### Témoin 4

Nom :  
Prénom :  
Point de remise :  
Complément  
Voie :  
Mention de distribution :  
Code postal et commune :  
Pays :

## Renseignements sur le tiers

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

Non  
Oui (voir ci-dessous)

**Nom :**

**Prénom :**

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

## Société d'assurance du tiers, si éléments connus

**Raison sociale :**

Point de remise (num. appartement, étage, etc) :

Complément (entrée, immeuble, tour, etc) :

Voie (num., type, libellé):

Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.) :

Code postal et commune ou cedex :

Pays :

**Numéro de contrat :**

## Pièce(s) jointe(s)

Liste des pièces jointes :

## Signature

Fait à

Le :

Signataire :

Qualité :