



N° 14463*01

DAT-PRE

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 ☐ F ☐ M

Date de naissance

Nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Adresse

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

(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☐ connu

le

H

mn

heure

par l'employeur ☐par ses préposés ☐décrit par la victime ☐☐ 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

Qualité

Signature

Fait à

le

H

mn

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

DAT-PRE S6200g

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

N° d'immatriculation														A défaut, sexe	F	M	Date de naissance								
Nom et prénom <small>(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</small>																									
Adresse																									
Code Postal																									

Nom et prénom ou raison sociale			
Adresse			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	N° de Téléphone		courriel
Code postal			

Adresse				
<div> <div></div> <div>N° de Téléphone</div> <div>courriel</div> </div>				
Code postal				

Nom et prénom
Adresse
Code postal

Nom et prénom
Adresse
Code postal

Nom et prénom						
Adresse						
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Code postal						

Nom, prénom
Adresse
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Code postal

Société d'assurance du tiers
N° de contrat
Adresse
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
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
le jour de l'accident : De à et de à

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 :

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		
Décris par la victime		
le		heure :
Conséquence :		
avec arrêt de travail		sans arrêt de travail
Décès		
Inscrit au registre d'accidents de travail bénins:		
non		
oui le		
sous le numéro :		

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

☐ Non

☐ Oui

Renseignements sur les témoins

Témoïn 1

Nom :

Prénom :

Point de remise :

Complément

Voie :

Mention de distribution :

Code postal et commune :

Pays :

Témoïn 2

Nom :

Prénom :

Point de remise :

Complément

Voie :

Mention de distribution :

Code postal et commune :

Pays :

Témoïn 3

Nom :

Prénom :

Point de remise :

Complément

Voie :

Mention de distribution :

Code postal et commune :

Pays :

Témoïn 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 :