

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
AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE @ EI 5HF-A9 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 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) _____

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 connu le _____ heure _____ H _____ mn par l'employeur par ses préposés décrit par la victime

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 TMOIN 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 _____

(*) : Io r qt w p v , si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202

