

N° 60-3682

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SÉCURITÉ SOCIALE

(Articles L 441.1 à L 441.4 et Articles R 441.2, R 441.3 et R 441.5) - (Décret du 17-12-85)

L'EMPLOYEUR ENVOIE A LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE 4e VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ OUI ☐ NON
-> si oui, remplissez IMMEDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
-> si non, remplissez uniquement cette déclaration.

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Adresse XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX N° de Téléphone XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTN

ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX N° de Téléphone XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
N° SIRET de l'établissement XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Groupes d'activités

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

RÉSERVÉ CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 67
A défaut sexe Masculin Date de naissance XXXXXXXXXXXXXXXX
NOM, prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ADRESSE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Nationalité X Française
C.E.E.
Autre
Date d'embauche XXXXXXXXXXXXXXXX Profession XXXXXXXXXXXXXXXX
Qualification professionnelle XXXXXXXXXXXXXXXX Ancienneté dans le poste 2 année(s) 9 mois
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ OUI ☒ NON

CPAM

ACCIDENT

Date 0 4 0 2 1 0 Heure 0 0 0 0
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de 0 9 0 0 à 1 3 0 0 et de 1 4 0 0 à 1 7 0 0

Lieu de l'accident (1) Sur le lieu de travail habituel

Circonstances détaillées de l'accident (1) Selon un principe du droit français : Nul ne peut se prévaloir de ses propres turpitudes
En fonction de quoi, l'employeur ne reconnaît pas l'accident de travail.

(Indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé) Cf lettre ci jointe.

Siège des lésions (1)

Nature des lésions (1)

victime transportée a

Accident X constaté e 2 8 0 4 1 0 Heure 1 0 0 0 X par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
connu
inscrit au regist. d'infirmerie le sous le n°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL X AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) DÉCÈS

TEMOINS

Nom et prénom
et adresse

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

TIERS

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

Si OUI, nom et adresse du tiers

Sté d'assurance du tiers

Nom, prénom du signataire XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Qualité DIRECTEUR

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

Fait à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX le 28/04/2010

Signature XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX