



# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

## SÉCURITÉ SOCIALE

N° 60-3682

(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 À 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 APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE 4<sup>e</sup> VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.

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

### EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° de Téléphone \_\_\_\_\_

CTN [ ][ ]

### ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

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

Adresse \_\_\_\_\_  
N° de Téléphone \_\_\_\_\_  
N° SIRET de l'établissement \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
À défaut sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
NOM, Prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux) \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
Nationalité  Française  C.E.E.  Autre  
Date d'embauche \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
Qualification professionnelle \_\_\_\_\_ Ancienneté dans le poste \_\_\_\_\_  
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

CPAM [ ][ ]

### ACCIDENT

Date [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Heure [ ][ ][ ][ ] H mn  
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de [ ][ ][ ][ ] à [ ][ ][ ][ ] et de [ ][ ][ ][ ] à [ ][ ][ ][ ]  
Lieu de l'accident (1) \_\_\_\_\_  
Circonstances détaillées de l'accident (1) \_\_\_\_\_  
(indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)  
Siège des lésions (1) \_\_\_\_\_  
Nature des lésions (1) \_\_\_\_\_  
Victime transportée à \_\_\_\_\_

Accident  constaté } le [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Heure [ ][ ][ ][ ]  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  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1)  DÉCÈS

### TÉMOINS

Nom, 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  
Qualité  
(1) Se reporter à la notice d'utilisation

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature