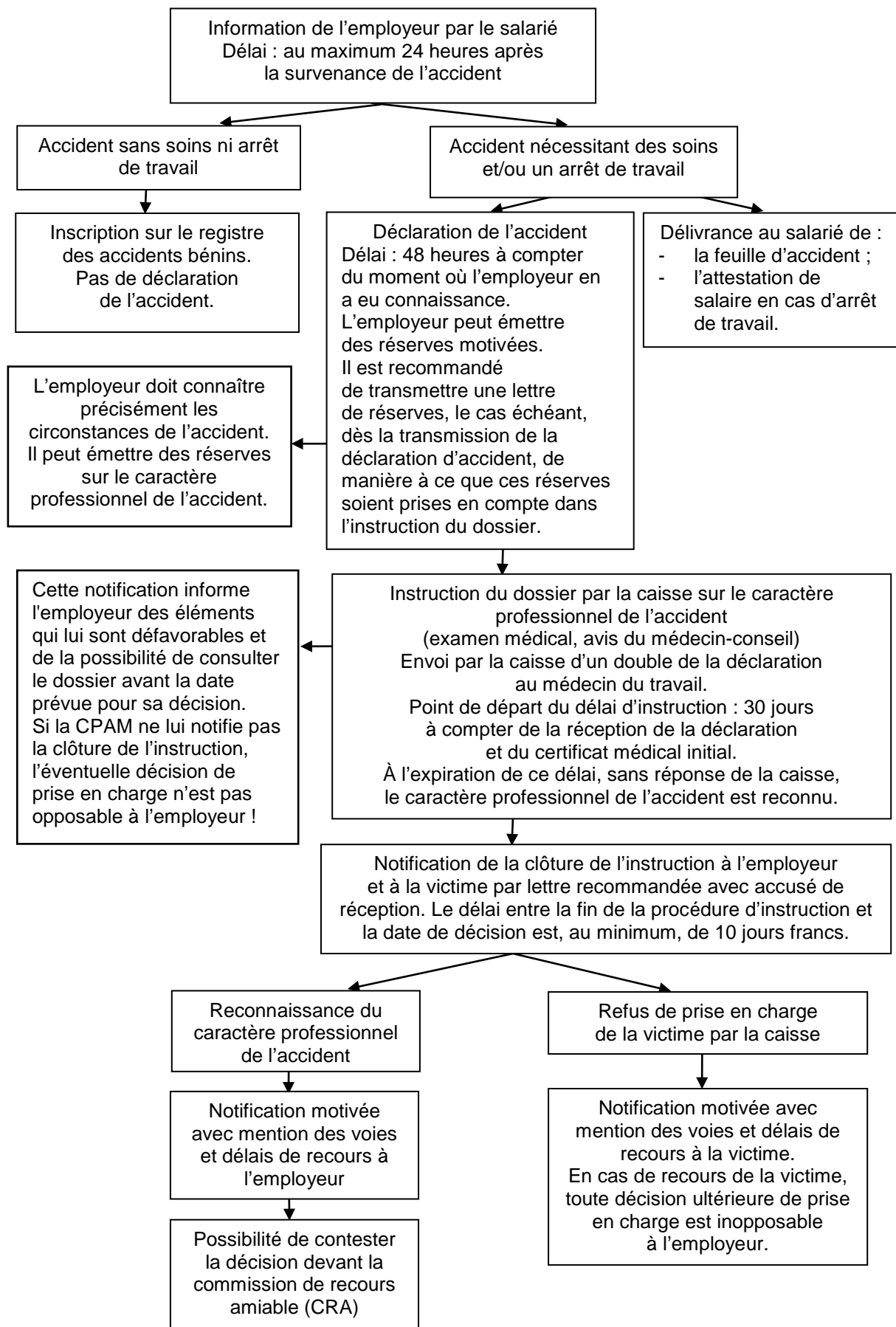


Schéma récapitulatif de la déclaration d'un accident du travail



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 _____ 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 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 _____

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

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

N° 50261#02

NOTICE D'UTILISATION

Un(e) salarié(e) de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail ou de trajet. A cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à l'Assurance Maladie.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions ci-dessous.

Envoyez, à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets* de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanche et jours fériés) après avoir eu connaissance de l'accident.

IMPORTANT :

Dans le cas d'un accident avec ARRET DE TRAVAIL, merci d'établir l'ATTESTATION DE SALAIRE référencée S 6202 dans le meilleur délai afin de permettre à la caisse primaire de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

Si la victime est un salarié mis à disposition par une Entreprise de Travail Temporaire, en tant qu'entreprise utilisatrice de ce salarié, remplissez immédiatement le formulaire « INFORMATION PREALABLE A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL » référencé S 6209.

Dans ce cas, c'est l'employeur (l'Entreprise de Travail Temporaire) qui déclarera l'accident à l'Assurance Maladie à l'aide du présent formulaire.

Nous vous informons que vous avez également la possibilité d'établir cette déclaration par le biais de NET-ENTREPRISES. Elle sera alors télétransmise directement à la Caisse.

Dans le cas où l'entreprise a centralisé la gestion des AT, le service de la déclaration d'accident du travail électronique permet de plus à l'entreprise d'indiquer une adresse où les courriers doivent être envoyés, adresse différente de l'adresse de l'établissement d'attache du salarié où les courriers pourront être envoyés en copie, étant précisé que **seuls les courriers envoyés à l'adresse de l'établissement d'attache seront opposables**. Pour accéder à ce service, l'entreprise est invitée à se connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer ses sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse secondaire de correspondance pourra intervenir à tout moment selon des modalités décrites sur le site.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime)

Dans tous les cas, indiquez le SIRET de l'établissement d'attache, ainsi que les coordonnées du Service inter-entreprises de santé au travail (Médecine du travail) dont relève cet établissement d'attache, ou, le cas échéant, celles du service de santé intégré dans l'entreprise.

Dans le cas d'un accident survenu lors d'une mission d'intérim, indiquez le SIRET de l'agence où est inscrite la victime.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

LA VICTIME

Indiquez le n° de sécurité sociale de la victime, ses nom et prénom, ses coordonnées personnelles (adresse et code postal, son n° de téléphone), sa date d'embauche et sa profession, sa qualification professionnelle et son ancienneté dans le poste.

- qualification professionnelle - précisez : cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, apprenti, élève de l'enseignement technique, ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié...
- ancienneté : précisez si la victime est à son poste depuis : moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.
- contrat de travail : cochez la case correspondant au type de contrat de travail (durée déterminée ou indéterminée...)

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Précisez la date et l'heure de l'accident.

- lieu de l'accident :
 - ☞ dans le cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquez le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime ;
 - ☞ dans le cas où la victime d'un accident est salariée d'un groupement d'entreprise, indiquez le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident si celui-ci est différent de l'établissement d'attache ;
 - ☞ dans tous les cas, indiquez l'adresse du lieu de l'accident et le code postal.
- activité de la victime, nature de l'accident..... :
 - ☞ activité de la victime : précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.
 - ☞ nature de l'accident : décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurte, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse...).
 - ☞ objet dont le contact a blessé la victime, c'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil [tournevis, cutter, perceuse...], machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction [porte, mur,...], sol...
- réserves motivées :
 - Indiquez le cas échéant, les réserves motivées qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).
- siège des lésions :
 - Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.
- horaire de travail de la victime le jour de l'accident :
 - Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), **ou les heures prévues**, le jour de l'accident.
- conséquences :
 - Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle » - référencé S6202, à la Caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.
 - Par la suite, en cas de nouvel arrêt après une période de soins ou une reprise du travail, sur un mois différent, vous devrez également remplir cette même formalité.
- le témoin ou la 1^{ère} personne avisée :
 - Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin.
 - En l'absence de témoin, indiquez la 1^{ère} personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.
- le tiers :
 - Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.

Aux termes des articles L 162-1-14, L. 471-1 et R.471-3 du Code de la sécurité sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident.

En outre, la Caisse primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et prononcer une pénalité financière.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

La Loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

No 11137*02

(Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la Sécurité Sociale)

ATTENTION Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, les zones "EMPLOYEUR" et "VICTIME" peuvent être remplies par duplication avec la liasse de la déclaration d'accident du travail S6200

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____

Adresse _____

N° de Téléphone _____

ETABLISSEMENT 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 _____

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 _____

A 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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle _____

Date du dernier jour de travail _____

Date de reprise du travail _____

Motif de l'arrêt Accident du travail
 Maladie professionnelle

Travail non repris à ce jour

SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt de travail)

A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées avec la même périodicité que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFES.	
		1	2					3	4
SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE									

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base

C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18	
	9	10			11	12	13	14	15		16
									La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Intégral <input type="checkbox"/> Partiel		

D Salaires minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans _____

Cas particuliers → pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat _____

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR	A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation du _____ au _____ Pendant cette période le salaire sera maintenu <input type="checkbox"/> Intégralement <input type="checkbox"/> Partiellement N° compte postal ou bancaire employeur _____ et intitulé _____	J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre Signature de l'assuré(e) _____

Fait à _____ le _____

Nom du signataire _____

Qualité du signataire _____

Signature de l'employeur _____

Madame, Monsieur,

Vous devez obligatoirement adresser la présente attestation à la Caisse Primaire du LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime, dès que vous avez connaissance de l'arrêt de travail ou de la rechute.

S'il s'agit d'une maladie professionnelle, remettez l'attestation à la victime.

C'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à la victime étant précisé que si celle-ci travaille simultanément pour plusieurs employeurs, chacun d'eux est tenu de fournir la présente attestation.

Remplissez la zone relative aux salaires de référence en vous aidant des précisions suivantes :

A SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE .

Le salaire de base correspond aux gains ECHUS, au cours de la période de référence (qu'ils aient ou non été versés) y compris le cas échéant, le salaire maintenu pendant un ou des arrêts de travail survenus au cours de cette période (voir **C** ci-dessous).

La période de référence est déterminée en fonction de la périodicité des payes ; il s'agit à la date de l'arrêt de travail :

- de la dernière paye échue si le salaire ou gain est réglé au mois,
- des deux dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé deux fois par mois ou toutes les deux semaines,
- des quatre dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé chaque semaine,
- des payes afférentes au mois antérieur à la date d'arrêt de travail si le salaire ou gain est réglé journalièrement, ou à intervalles réguliers différents ou irréguliers ainsi qu'au début ou à la fin d'un travail,
- des salaires ou gains des trois mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si le salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois mais l'est au moins une fois par trimestre.
- des salaires ou gains des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

Colonne 7

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations correspondant aux sommes portées aux colonnes 4, 5 et 6 de **A**.

Si ce total ne figure pas déjà sur le bulletin de paye du mois considéré, le calculer en additionnant l'ensemble des cotisations salariales réglées au titre de la période de référence (AS-AVG-AV-ASSEDIC ou contribution solidarité - ARRCO + AGIRC et CSG pour son montant net, ainsi que les régimes de prévoyance complémentaire).

Colonne 8

Inscrivez dans cette colonne les sommes effectivement versées au titre des frais d'atelier et des frais professionnels soumis à cotisations. Si l'intéressé bénéficie en matière d'impôts d'une réduction propre en sus du taux général de réduction pour frais professionnels, indiquez son taux.

B RAPPELS DE SALAIRE ET D'ACCESSOIRES DU SALAIRE - ACCESSOIRES DU SALAIRE VERSÉS AVEC UNE PERIODICITE DIFFERENTE DE CELLE DU SALAIRE DE BASE .

Ils seront rapportés à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel ils ont été versés et d'une durée égale à la période au titre de laquelle ils ont été alloués. Inscrivez donc les sommes déjà versées à ce titre et susceptibles d'être reportées sur la période de référence (inscrite en **A**, colonnes 2 et 3).

Exemple :

Un salarié payé mensuellement est victime d'un accident du travail avec arrêt immédiat le 4 juillet 1993 : La période de référence sera le mois de juin 1993. Il a perçu une prime annuelle le 31/12/92, celle-ci sera inscrite en **B** avec sa date de versement, la période à laquelle la prime se rattache (du 1.1.92 au 31.12.92) et son montant brut.

En effet, cette prime doit être répartie sur les 12 mois civils qui suivent la date de son versement et donc 1/12e de son montant sera ajouté au salaire et aux accessoires du salaire afférents à la période de référence (juin 93) pour le calcul de l'indemnité journalière.

Colonne 13

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) correspondant aux seules sommes portées à la colonne 12.

C CAS OU LA PERIODE DE REFERENCE N'A PAS ETE ENTIEREMENT ACCOMPLIE

En raison d'un des motifs figurant dans la liste suivante : maladie (MAL), longue maladie (MLD), accident du travail (AT), maternité (MAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés non payés autorisés (ABS AUT), service national (SN)... (art. R. 433.7 du Code de la Sécurité Sociale).

Colonne 14

Inscrivez le ou les motifs d'interruption du travail (voir ci-dessus),

Colonne 18

Inscrivez le salaire brut perdu relatif à l'interruption de travail au cours de la période de référence. Dans le cas d'une embauche ou d'un changement d'emploi récent, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que sera calculée l'indemnité journalière.

Colonne 19

Indiquez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) qui aurait été calculé sur le salaire brut perdu mentionné colonne 18, selon le calcul suivant :

Colonne 19 = colonne 18 X colonne 7 : colonnes 4 + 5 + 6

D CAS PARTICULIERS

Salariés de moins de 18 ans : Indiquez le salaire minimum applicable au salarié adulte de la même catégorie.

Apprentis ou stagiaires : Précisez le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans lequel l'apprenti ou le stagiaire aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage ou du stage.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré(e) lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas la victime doit autoriser l'employeur à percevoir les indemnités, en complétant le cadre prévu.