



N° 14463\*03  
DAT-PRE

# 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 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

Lieu-dit

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

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse

Lieu-dit

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

(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)

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 ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (\*)  DÉCÈS

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

## LE TÊMOIN 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

Lieu-dit

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

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