



# 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 \_\_\_\_\_  
 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

Signature

le