



# 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

Date d'embauche  Profession

Qualification professionnelle  Ancienneté dans le poste

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

CPAM

Nationalité  Française  
 C.E.E.  
 Autre

## 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 \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature