

Service liquidateur
des prestations

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE

à adresser en 2 exemplaires au service liquidateur des prestations dans les 48 heures suivant l'accident.

En cas d'accident survenu à un agent auxiliaire ou contractuel, un 3^e exemplaire doit être envoyé à l'Inspecteur du travail du lieu de l'accident.

EMPLOYEUR

Établissement ou Service : _____	Partie réservée à l'Administration N° du dossier : _____
Adresse : _____	
NOM et qualité du Chef de Service : _____	
Numéro de téléphone : _____	

VICTIME

NOM : _____ <small>(En majuscules d'imprimerie)</small> Nom de jeune fille : _____ <small>(S'il y a lieu)</small> Prénoms : _____	N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou, à défaut, date de naissance : _____
Adresse : { _____	Age : _____ Sexe : _____
Corps auquel appartient l'agent : _____ (1)	TITULAIRE STAGIAIRE AUXILIAIRE CONTRACTUEL

ACCIDENT

Date (préciser le jour de la semaine) _____ Veille ou lendemain de congé (1) Heure (de 0 à 24 h) _____

Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime : _____

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : _____ de _____ h à _____ h, de _____ h à _____ h

Lieu de l'accident (2) : _____

Nature des lésions (2) : _____

Siège des lésions (2) : { _____
(en précisant, s'il y a lieu, le côté droit ou gauche)

Élément matériel : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

Lieu où a été transportée la victime : _____ Est-elle hospitalisée ? _____ Où ? _____

Suite probale (1) : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR À 24 HEURES DÉCÈS IMMÉDIAT

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

TÉMOINS

Noms, prénoms et adresses	_____
Un rapport de police a-t-il été établi ? et par qui ?	_____

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers	_____
Compagnie d'assurance du tiers	_____

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

du mois précédent l'accident (si la victime n'est pas titulaire) :

Période	Montant brut	Indemn. résidence	Prime transport	Suppl. familial	Heures supplém.	Divers (4)	Retenues S. S.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nom et qualité du signataire (l'employeur) (3) : _____ A _____, le _____

Cachet de l'Établissement ou Service

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles.

(2) Voir au verso.

(3) Ou la victime dans le cas où l'employeur se refuserait à signer.

(4) Indiquer ici, le cas échéant, le tiers de la dernière prime de technicité (pour les dactylos et sténos auxiliaires) et les avantages en nature (N = nourriture, L = logement).

Les listes ci-dessous ne sont données qu'à titre d'indication. Elles n'excluent pas les précisions complémentaires que l'employeur serait en mesure de fournir

LIEU DE L'ACCIDENT

Trajet aller, trajet retour (*du domicile au lieu de travail*)
Déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur.
Lieu de travail habituel (*atelier*).
Lieu de travail habituel (*chantier*).
Lieu de travail occasionnel.
Domicile du travailleur.

NATURE DES LÉSIONS

Fracture.
Brûlure.
Gelure.
Amputation.
Plaie (*coupure, écorchure, autres plaies*) sauf piqûre.
Piqûre.
Contusion.
Inflammation.
Entorse.
Luxation.
Asphyxie.
Commotion.
Présence d'un corps étranger.
Hernie.
Lumbago.
Intoxication.
Dermite.
Troubles visuels.
Troubles auditifs.
Déchirures musculaires *ou* tendineuses.
Lésions nerveuses.

SIÈGE DES LÉSIONS

Tête (*yeux exceptés*).
Yeux.
Membres supérieurs (*mains exceptées*).
Main.
Tronc.
Membres inférieurs (*pieds exceptés*).
Pied.
Sièges internes.