

INFORMATION PREALABLE

A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL (NOTICE)

Madame, Monsieur,

Un salarié mis à disposition de votre entreprise, par une Entreprise de Travail Temporaire, ou un groupement d'employeurs, vient d'être victime d'un accident de travail.

A cette occasion, vous êtes tenu(e) d'adresser, par lettre recommandée, chacun des 3 premiers volets de la liasse aux destinataires suivants :

1^{er} volet, à l'Entreprise de Travail Temporaire ou au groupement d'employeurs (chargés d'établir la Déclaration d'Accident du Travail),

2^e volet, au Service de Prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.),

3^e volet, à l'Inspection du Travail.

AU PLUS TARD 24 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :

VICTIME

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE.

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, divers.

ACCIDENT

1 - LIEU DE L'ACCIDENT

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail indiqué dans le contrat liant l'utilisateur à l'entrepreneur de travail temporaire ou au groupement d'employeurs (atelier, chantier, bureau...)
- sur un lieu de travail non prévu au dit contrat,
- lors d'un déplacement pour le compte de l'entreprise utilisatrice,
- au domicile du salarié,
- sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail tel que défini ci-dessus.

Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.),

3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

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

*Le Directeur de
la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie*

Aux termes du décret n° 82-562 du 29-6-1982, sont punies d'une amende les entreprises utilisatrices qui ne respectent pas les obligations indiquées ci-dessus.

La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant le travailleur auprès des organismes concernés.

CONCERNANT UN ACCIDENT DU TRAVAIL DONT A ÉTÉ VICTIME UN SALARIÉ MIS A DISPOSITION D'UNE ENTREPRISE UTILISATRICE PAR UNE ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU PAR UN GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (article 24, 2e alinéa de la loi n° 72/1 du 3-1-1972 et article 48 de la loi n° 85.772 du 25-7-1985)



Au plus tard 24 heures après avoir pris connaissance de l'accident, l'employeur utilisateur adresse, par lettre recommandée, le 1^{er} volet à l'entreprise de travail temporaire ou au groupement d'employeurs, le 2^e volet au service prévention de la CRAM, le 3^e volet à l'inspection du travail et conserve le 4^e volet.

ENTREPRISE UTILISATRICE (cf. 1^{er} alinéa de l'art. L 124.3 et art. L 127.1 et suivants du Code du Travail)

RÉSERVÉ CRAM

Nom, prénom ou raison sociale _____
 Adresse _____
 _____ Code postal _____ N° Téléphone _____
 Lieu de travail de la victime (établissement ou chantier) : _____
 N° SIRET de l'établissement _____
 Code de Sécurité sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'établissement ou chantier _____

CTN _____
 Groupes d'activités _____

ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (1)

Raison Sociale : _____
 Adresse de l'agence ou du groupement _____
 _____ Code postal _____ N° Téléphone _____
 N° SIRET de l'agence _____ Contrat n° _____
 ou du groupement _____ en date du _____
 Code de Sécurité Sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'agence ou au groupement _____

CTN _____
 Groupes d'activités _____

VICTIME

N° d'immatriculation _____
 A défaut Sexe _____ Date de naissance _____
 Nom, prénom _____
 (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux)
 Adresse _____
 _____ Code postal _____ Nationalité Française C.E.E. Autre
 Date de recrutement par l'agence ou le groupement _____ par l'entreprise utilisatrice _____
 Qualification professionnelle (2) _____ Profession _____ Emploi réellement exercé _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

ACCIDENT

Date _____ Heure _____ H mn
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de _____ à _____ et de _____ à _____
 H mn H mn H mn H mn
 Lieu de l'accident (2) _____
 Circonstances détaillées de l'accident (2) _____
 (indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé).
 Siège des lésions (2) _____
 Nature des lésions (2) _____
 Victime transportée à _____
 Accident constaté } le _____ Heure _____ par l'employeur utilisateur par ses préposés décrit par la victime
 connu }
 Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (2) DÉCÈS

TEMOINS

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 _____ Fait à _____ le _____
 Qualité _____ Signature : _____

(1) A compléter en s'adressant, le cas échéant, à l'entreprise de travail temporaire, ou au groupement d'employeurs.
 (2) Se reporter à la notice.