



N° 14463*01
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(É) 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) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVER LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur	Imprimerie SEIC		
Adresse			
Code postal	7 1 2 0 2	Le Creusot	N° de Téléphone 0385774700
N° SIRET de l'établissement d'attache	3 7 9 2 8 5 3 4 9 0 0 1 2 3	N° de risque Sécurité Sociale	

Nom du service de santé au travail	SMIT
Adresse	18, rue du Colonel-Denfert – BP – Châlon-sur-Saone
Code postal	7 1 1 0 4

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation	1 7 4 0 4 7 1 4 7 5 1 2 1 8 2	À défaut, sexe	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	1 6 0 4 1 9 7 4
Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))	Rochette Frédéric				
Adresse	12, rue Parmentier				
Code Postal	7 1 2 0 0	Le Creusot	Nationalité	<input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EEE, Suisse <input type="checkbox"/> Autre	
Date d'embauche	2 3 0 3 2 0 1 N-2	Profession	Manutentionnaire		
Qualification professionnelle	Ouvrier	Ancienneté dans le poste de travail	2 ans et 6 mois		
Contrat de travail :	CDI <input checked="" type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	Apprenti/Elève <input type="checkbox"/>	Intérimaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date	3 0 0 9 2 0 1 N	heure	1 6 1 5
Lieu de l'accident (Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)	Imprimerie SEIC avenue Jean-Monnet 71200 Le Creusot		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail	<input type="checkbox"/>
lieu de travail occasionnel	<input type="checkbox"/>	au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas	<input type="checkbox"/>
lieu du repas	<input type="checkbox"/>	au cours d'un déplacement pour l'employeur	<input type="checkbox"/>
Activité de la victime lors de l'accident	Déchargement d'une livraison à l'aide d'un gerbeur manuel		
Nature de l'accident	Le salarié a glissé, sa jambe s'est coincée sous le gerbeur		
Objet dont le contact a blessé la victime			
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)			

Siège des lésions	Jambe droite					
Nature des lésions	Double fracture tibia-péroné					
La victime a été transportée à :	L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>					
Horaires de travail de la victime le jour de l'accident	de 0 8 0 0 à 1 2 0 0 et de 1 3 3 0 à 1 7 3 0					
Accident	<input checked="" type="checkbox"/> constaté <input type="checkbox"/> connu	le 3 0 0 9 2 0 1 N	heure 1 6 1 5	par l'employeur <input type="checkbox"/>	par ses préposés <input checked="" type="checkbox"/>	décrit par la victime <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le sous le N°						
Conséquences :	SANS ARRÊT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/>	AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) <input checked="" type="checkbox"/>	DÉCÈS <input type="checkbox"/>			
Un rapport de police a-t-il été établi ?	NON <input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	par qui ?			

LE TÉMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)

Le témoin <input checked="" type="checkbox"/>	ou la 1ère personne avisée <input type="checkbox"/> (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom	Puchéal Martin
Adresse	23, rue de Grenouiller Le Creusot
Code Postal	7 1 2 0 0

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
Si OUI, nom et adresse du tiers	
Société d'assurance du tiers	
Nom et prénom du signataire	Joëlle Streiff
Qualité	Directrice déléguée
Signature	
Fait à	Le Creusot
le	0 1 1 0 2 0 1 N

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

DAT-PRE S6200g