

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?*

OUI NON

L'accident a-t-il entraîné la mort de la victime ?*

OUI NON

RESERVE A LA CNPS

N° SINISTRE /CODE

1- EMPLOYEUR

N° CNPS EMPLOYEUR / _____ / N° CONTRIBUABLE / _____ /

NOM OU RAISON SOCIALE : SIGLE :

ADRESSE POSTALE :

N° TEL : N° CEL : FAX :

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

NOMBRE DE SALARIÉS DE L'ÉTABLISSEMENT AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

2- VICTIME

N° CNPS SALARIE /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

NOM : PRENOMS : SEXE* M F

DATE DE NAISSANCE /___/___/___/ LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

NOM ET PRENOMS DU PÈRE :

NOM ET PRENOMS DE LA MERE :

ADRESSE POSTALE :

N° TELEPHONE PERSONNEL: EMAIL :

PROFESSION :

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE :

ANCIENNETE DANS LA PROFESSION :

DATE D'EMBAUCHE /___/___/___/ DUREE DE PREAVIS /___/___/___/ JOURS

Antécédents médico-chirurgicaux :

.....
.....

3- ACCIDENT DE TRAJET

DATE (PRECISER LE JOUR DE LA SEMAINE) /___/___/___/ HEURE (0 à 24 H) /___/ MINUTES /___/

LIEU DE L'ACCIDENT :

AGENT MATERIEL :

NATURE DES LESIONS :

SIEGES DES LESIONS :

* COCHER LA CASE QUI CONVIENT.

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

.....

HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME: - MATIN DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
 - APRES-MIDI DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
 - SOIR DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN

4- DONNEES DES CERTIFICATS MEDICAUX

DATE D'ARRET DU TRAVAIL :
 DUREE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE :
 DATE DE REPRISE DU TRAVAIL :

5- TIERS RESPONSABLE

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE POSTALE : VILLE: QUARTIER :
 RUE : N° TEL : N° CEL : FAX :
 SOCIETE / COMPAGNIE D'ASSURANCE DU TIERS..... /___/ BP VILLE
 :
 N° TEL. : N° DE LA POLICE : DATE ETABLISSEMENT /___/___/___/___/
 N° IMMATRICULATION VEHICULE : MARQUE:.....
 TYPE DE VEHICULE : N° SERIE :

6- TEMOINS DE L'ACCIDENT

N°	NOM et PRENOMS	PROFESSION	VILLE	TEL. / CEL.

7- PERSONNES A JOINDRE (EN CAS D'URGENCE)

N°	NOM et PRENOMS	QUALITE	VILLE	TEL. / CEL.

DECLARATION FAITE A LE /___/___/___/___/
 PAR (NOM ET PRENOMS) :
 QUALITE DU DECLARANT (lien avec la victime) :
(SIGNATURE)

AVIS IMPORTANT

1. LA PRESENTE DECLARATION (REPLIE EN 03 (TROIS) EXEMPLAIRES, SIGNÉES ET CACHETÉES) DEVRA IMPERATIVEMENT PARVENIR À LA STRUCTURE DE LA CNPS DE VOTRE CIRCONSCRIPTION DANS LES **48 HEURES** À COMPTER DE LA DATE DE L'ACCIDENT, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.
 2. LA CNPS SE RESERVE LE DROIT DE RECLAMER DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET / OU DE MENER TOUTE ENQUÊTE UTILE POUR LE TRAITEMENT DU DOSSIER.
 3. TOUTE FAUSSE DECLARATION SERA REJETÉE ET PASSIBLE DE POURSUITE JUDICIAIRE, CONFORMEMENT AUX TEXTES EN VIGUEUR.

(CACHET DE L'EMPLOYEUR)

NB : si la déclaration est faite par la victime ou ses ayants-droit, le cachet de l'employeur n'est plus nécessaire.