

Bureau de la Politique Sociale
Pensions et Accidents du Travail
18 avenue Mozart – BP 172
13276 MARSEILLE CEDEX 9
Tél. : 04 91 82 70 12 – Fax : 04 91 82 70 51

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL

A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée \geq à un an

VICTIME

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle :

.....

.....

Tél. professionnel : Tél. personnel :

Adresse mail :

Si votre dossier doit être examiné en Commission de Réforme, souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ? : Oui Non

AFFECTATION

Statut : Titulaire CDI CDD

Position : Activité Détachement Mise à disposition

Grade : Date d'entrée à l'Inserm :

Délégation Régionale : Affectation :

Adresse de la structure :

.....

.....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure exacte de l'accident :

Lieu exact :

Nature et siège des lésions :

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

Lieu où est allée la victime après l'accident (médecin, lieu de travail, hôpital, ...) :

Est-elle hospitalisée ? : Oui Non Où ? :

Suite probable : sans arrêt de travail avec arrêt de travail

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (suite)

S'il s'agit d'un **accident de trajet**, compléter les éléments suivants :

- Si l'accident est survenu sur le trajet domicile/travail ou travail/domicile :

L'heure de départ du domicile ou du travail :

Combien de temps faut-il pour parcourir le trajet ?

- Si l'accident est survenu sur le trajet aller ou retour entre le lieu de travail et le lieu de déjeuner, indiquer le lieu de restauration :

- Le jour de l'accident, le trajet a-t-il été le plus direct ? Oui Non

Indiquer le motif du détour ou de l'interruption du trajet :

- Mode de locomotion utilisé au moment de l'accident :

Transport en commun, lequel :

Véhicule particulier, lequel :

- L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

Indiquer les nom, prénom et adresse du tiers :

.....

Compagnie d'assurance du tiers :

DEPOSITIONS

Avez-vous déjà été victime d'un accident de service (ou du travail) auparavant ? Oui Non

A quelle date(s) :

Taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) reconnu :

Organisme qui a géré l'accident :

Déposition de la victime (circonstances détaillées de l'accident) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature :

DEPOSITIONS (suite)

Déposition du témoin (obligatoire, à défaut le dossier sera considéré incomplet) :

Nom : Prénom :

Adresse mail : Tél. :

S'agit-il : d'un témoin oculaire d'un témoin a posteriori (personne à qui a été déclaré l'accident)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT PAR LA VICTIME A LA PRESENTE DECLARATION :

- Un certificat médical initial (volet 1), établi selon le formulaire réglementaire (cerfa 11138*03) délivré par le médecin ayant constaté la nature et le siège des lésions, avec indication de la période d'arrêt de travail et / ou de soins. **Aucun document ne doit être transmis à la sécurité sociale.**

Pour les accidents survenus en mission ou en stage de formation :

- Une copie de l'ordre de mission ou de la convocation.

En cas d'accident de trajet :

- Un plan de trajet (type plan téléchargé sur Internet) entre le lieu de travail et le lieu d'habitation ou de restauration, avec indication de l'itinéraire emprunté et du lieu de l'accident.

En cas d'accident de trajet impliquant un tiers, joindre également :

- Le constat amiable d'accident.
- Le cas échéant, le procès-verbal de Police ou de Gendarmerie.

**La présente déclaration doit être transmise dûment signée et complétée
au pôle Ressources Humaines de votre Délégation Régionale dans mes meilleurs délais**

Tout dossier incomplet sera rejeté

Rappel : les justificatifs d'arrêts de travail doivent être transmis à l'administration dans les 48 heures

VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

Nom du supérieur hiérarchique :

Adresse mail : Tél. :

Horaire de travail de l'agent le jour de l'accident :

L'accident est-il survenu pendant les horaires habituels de l'agent ? : Oui Non

L'agent portait-il les équipements individuels de sécurité prévus pour son activité ? : Oui Non Sans objet

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :

VISA DE LA DELEGATION REGIONALE

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

Pour les CDD : une copie du contrat et des éventuels avenants ;

Si position particulière (détachement, mise à disposition,...) : copie de la décision correspondante ;

En cas d'accident survenu en dehors du lieu de travail ou des heures réglementaires : une attestation en précisant les motifs ;

Le cas échéant : un rapport d'incident établi par le conseiller de prévention.

Dossier suivi par :

Médecin de prévention :

Gestionnaire Ressources Humaines :

Fait à le

Signature :