

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ n° d'adhérent : _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____
 Nom de naissance : _____ Prénoms : _____ Sexe (2) : M F
 Nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) (1) : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (2) : Française E.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____
 Qualification professionnelle : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (2)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____
 Lieu de l'accident (2) : Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur
 Localité : _____ Lieu précis : _____
 Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
 (veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
 Siège des lésions : (1) _____ Nature des lésions : (1) _____
 Lieu où a été transportée la victime (1) : _____
 Accident : (2) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu inscrit au registre des accidents bénins le : _____ sous le n° : _____
 Conséquences : (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail (1) décès

TÉMOINS

Nom, prénom : _____
 Adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (2) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (2)
 si oui, nom et adresse du tiers : _____
 Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur : Fait à _____
 Nom, prénom : _____ Le : _____
 Qualité : _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ n° d'adhérent : _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____
 Nom de naissance : _____ Prénoms : _____ Sexe (2) : M F
 Nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) (1) : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (2) : Française E.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____
 Qualification professionnelle : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (2)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____
 Lieu de l'accident (2) : Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur
 Localité : _____ Lieu précis : _____
 Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
 (veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
 Siège des lésions : (1) _____ Nature des lésions : (1) _____
 Lieu où a été transportée la victime (1) : _____
 Accident : (2) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu inscrit au registre des accidents bénins le : _____ sous le n° : _____
 Conséquences : (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail (1) décès

TÉMOINS

Nom, prénom : _____
 Adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (2) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (2)
 si oui, nom et adresse du tiers : _____
 Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur : Fait à _____
 Nom, prénom : _____ Le : _____
 Qualité : _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ n° d'adhérent : _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____
 Nom de naissance : _____ Prénoms : _____ Sexe (2) : M F
 Nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) (1) : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (2) : Française E.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____
 Qualification professionnelle : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (2)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____
 Lieu de l'accident (2) : Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur
 Localité : _____ Lieu précis : _____
 Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
 (veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
 Siège des lésions : (1) _____ Nature des lésions : (1) _____
 Lieu où a été transportée la victime (1) : _____
 Accident : (2) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu inscrit au registre des accidents bénins le : _____ sous le n° : _____
 Conséquences : (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail (1) décès

TÉMOINS

Nom, prénom : _____
 Adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (2) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (2)
 si oui, nom et adresse du tiers : _____
 Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur : Fait à _____
 Nom, prénom : _____ Le _____
 Qualité : _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

A CONSERVER

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ ou
Dénomination : _____ n° d'adhérent : _____

Adresse : _____ Code postal : _____
Tél. : _____

Nature de l'activité : _____
Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____

Nom de naissance : _____ Prénoms : _____ Sexe (2) : M F

Nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) (1) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (2) : Française E.E.E. Autre

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____

Qualification professionnelle : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (2)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____

Lieu de l'accident (2) : Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur

Localité : _____ Lieu précis : _____

Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
(veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)

Siège des lésions : (1) _____ Nature des lésions : (1) _____

Lieu où a été transportée la victime (1) : _____

Accident : (2) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu inscrit au registre des accidents bénins le : _____ sous le n° : _____

Conséquences : (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail (1) décès

TÉMOINS

Nom, prénom : _____ Adresse : _____

Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (2) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (2)
si oui, nom et adresse du tiers : _____
Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur : Fait à _____
Nom, prénom : _____ Le : _____
Qualité : _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

(1) Veuillez vous reporter à la notice d'utilisation (2) Veuillez cocher la case correspondante