



Bordereau de transmission accident du travail

A adresser au service des pensions et accidents du travail du CNRS
Accompagné des pièces requises

Nom ► Prénom ► Matricule ►

Composition du dossier

Observations

- ☐ Déclaration d'accident
- ☐ Enquête accident
- ☐ Volets n°1, 2 et 4 du certificat médical initial
- ☐ Copie du contrat de travail pour les agents non titulaires et C.D.I.
- ☐ Copie des décisions lors d'une position particulière d'activité

En cas d'accident de trajet et/ou de mission :

- ☐ Questionnaire trajet
- ☐ Plan ou carte routière dûment renseignée
- ☐ Copie du procès-verbal de police ou de gendarmerie
- ☐ Copie du constat amiable
- ☐ Copie de l'ordre de mission et du programme de la mission

Nom et signature de l'ACMO

Cachet et signature du responsable
d'unité ou du directeur d'unité

Je soussigné(e), délégué(e) Régional(e)

Pour la région

Atteste que ☐ M ☐ Mme

Est rémunéré(e), à la date de l'accident du

En qualité de : ☐ Fonctionnaire ☐ titulaire ☐ stagiaire ☐ Agent non titulaire ☐ C.D.I.

Corps : Grade : Échelon :

Et est, à cette même date, en position de :

Dossier suivi par :

Médecin de prévention :

Tel. : Mail :

Gestionnaire RH :

Tel. : Mail :

Fait à ► , le ►

Le Délégué Régional

Le **certificat médical initial (originaux des volets 1 et 2)** lié à votre accident, délivré par le médecin ou les services hospitaliers doit **obligatoirement** être **joint** au dossier de la déclaration d'accident de service ou du travail.

S'agissant des **certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail, de soins ou du bulletin d'hospitalisation**, vous devez adresser les **volets n° 1 et 2** « à adresser par le praticien à l'organisme » **au SPAT**, le **volet n° 4** « à adresser par la victime à l'employeur » **à votre délégation gestionnaire et conserver le volet n°3.**

Enfin, nous vous remercions de bien vouloir **aviser les différents prestataires** que **toute facture ou demande de remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques, de transport...**, liée à cet accident devra être **libellée et adressée** accompagnée d'un **relevé d'identité bancaire ou postal** à :

CNRS – Service des Pensions et Accidents du Travail
Unicité – 16 rue Alfred Kastler – 14050 CAEN Cedex 4



En aucun cas, vous ne devez :

- Utiliser votre carte vitale
- Envoyer les volets 1 et 2 des certificats médicaux au centre de sécurité sociale dont vous dépendez
- Présenter les factures pour règlement à votre centre de sécurité sociale.

Pour tout renseignement complémentaire :

Tél. : 02.31.46.25.00

Mail : spat-atmp@cnrs-dir.fr

www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/accident.htm



Déclaration d'accident du travail

Délégation de :

Adresser l'original de la déclaration au service des pensions et accidents du travail du CNRS, transmettre une copie au médecin de prévention, au service des Ressources Humaines de la Délégation et à l'Ingénieur Régional de Prévention et de Sécurité.

AFFECTATION

Unité d'affectation ►

Adresse ►

Nom du Directeur ou Responsable ►

N° de téléphone du laboratoire ► N° de téléphone de la victime ►

Email de la victime ►

VICTIME

Nom d'usage ► Matricule ► Grade ►

Nom de famille ► Date de naissance ► Sexe ►

Prénoms ► Date d'entrée au CNRS ►

Adresse ►

Statut ► ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel ☐ Autre statut :

Type d'activité ► ☐ Bureau ☐ Atelier – Terrain - Laboratoire ☐ Autre (personnel de surveillance, sécurité, cuisinier, jardinier)

Ancienneté sur le poste de travail ►

ACCIDENT

Date et heure de l'accident ►

Horaire de travail le jour de l'accident ►

Lieu de l'accident ► ☐ lieu de travail habituel ☐ lieu de travail occasionnel ☐ trajet ☐ mission

Précisions sur la présence de la victime sur le lieu de travail occasionnel ►

Circonstances de l'accident ►

Nature et siège des lésions ►

Lieu où a été transportée la victime ►

Suite de l'accident ► ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

Fait à ► le ►

Signature et cachet du
responsable de service
ou du directeur d'unité

Signature du déclarant



Enquête Accident

En cas d'accident de trajet, il convient de compléter également le questionnaire trajet

Nom ► Prénom ► Matricule ►

Nature des fonctions ►

- ✓ Précisez le jour et l'heure ►
- ✓ Indiquez le lieu exact de l'accident ►
- ✓ Indiquez le siège des lésions ►
- ✓ Indiquez à quel moment vous avez consulté un médecin ►

✓ Complétez votre déposition en faisant état des circonstances détaillées de l'accident

►
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

✓ Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail ► ☐ oui ☒ non

Si oui, indiquez la date de l'accident ? ►

En est-il resté une incapacité physique ? ► ☐ oui ☐ non

Si oui, indiquez l'organisme ayant attribué la prestation correspondante ►

✓ L'accident a-t-il eu des témoins ? ► ☐ oui ☐ non

Si oui, indiquez ses nom, prénom et adresse

►

Et demandez-lui de déposer ci-dessous

►
.....
.....
.....
.....
.....

Si non, indiquez les nom et prénom de la personne à qui l'accident a été déclaré en premier lieu

►

Fait à ► , le ►

Signature de la victime
Attestant sur l'honneur
l'exactitude des
renseignements portés
ci-dessus

Signature du ou des
témoins

Signature et cachet du
responsable de service
ou du directeur d'unité

Visa du délégué régional



Questionnaire Trajet

A adresser au service des pensions et accidents du travail du CNRS
Accompagné d'une copie du plan de la ville ou d'une carte routière (Cf. pièces à fournir ci-dessous)

Nom ► Prénom ► Matricule ►

✓ Précisez à quel moment est survenu l'accident :

- ☐ Sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail ou de mission ► ☐ aller ☐ retour
► ☐ Sur le trajet entre le lieu de travail ou de mission et le lieu de restauration ► ☐ aller ☐ retour

- ✓ Indiquez l'emplacement de l'accident ►
✓ Indiquez l'heure de départ et le temps de trajet ►
✓ Indiquez le moyen de locomotion utilisé ►

- ✓ Le trajet était-il celui emprunté habituellement ? ► ☐ oui ☐ non
✓ Le trajet était-il le plus direct ? ► ☐ oui ☐ non
✓ Le trajet s'est-il effectué sans interruption ? ► ☐ oui ☐ non

Si non à l'une de ces 3 questions, indiquez la raison pour laquelle le trajet a été emprunté et/ou interrompu
►

- ✓ Où vous êtes-vous rendu après l'accident ? ►
Étiez-vous accompagné ? ► ☐ oui ☐ non Si oui, indiquez son nom ►

✓ L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ► ☐ oui ☐ non

Si oui, indiquez ses nom, prénom, adresse ainsi que les nom et adresse de sa compagnie d'assurance
►

Indiquez également votre N° de sociétaire, ainsi que les nom et adresse de votre compagnie d'assurance
►
.....

- ✓ Un rapport ou procès-verbal a-t-il été dressé par la police ou la gendarmerie ? ► ☐ oui ☐ non
✓ Une plainte a-t-elle ou sera-t-elle déposée ? ► ☐ oui ☐ non

Certifie exact à ►, le ►

Signature de l'intéressé(e)

Important

- Vous conservez le droit de demander au tiers responsable, dans les conditions du droit commun, réparation du préjudice qui vous a été causé. Néanmoins, il est interdit de comprendre les prestations servies au titre des accidents du travail, dans la demande que vous présenterez.
- Vous devez informer le service des pensions de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

Pièces à fournir :

- Un plan de la ville ou une carte routière sur lesquels seront indiqués par une croix :
 - Le point de départ et le point prévu d'arrivée
 - Le lieu de l'accident
 - Le trajet suivi ainsi que le trajet habituel s'ils sont différents.
- Copie du constat amiable
- Copie du rapport ou du procès-verbal de police ou de gendarmerie
- Copie de la plainte déposée



*Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle
(remettre 1 exemplaire à chaque professionnel de santé)*

Accident ou maladie professionnelle

Survenu le ►

Déclarée le ►

Victime

Nom d'usage ► **Matricule ►**

Nom de famille ► **Date de naissance ►**

Prénom ►

Adresse ►

Unité d'affectation

Nom et adresse ►

Délégation ►

RELEVÉ DES HONORAIRES A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE
à transmettre à l'adresse rappelée ci-dessus (ne pas utiliser la carte vitale)

Joindre les pièces suivantes : un RIB (avec mention de l'IBAN) + la copie de l'ordonnance pour les frais de pharmacie, imagerie médicale, soins infirmiers, rééducation, orthèse/prothèse...

Date de l'acte médical ou de l'ordonnance	Nature de l'acte ou date d'exécution de l'ordonnance	Montant

Le professionnel de santé déclare, que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes indiqués sur cette feuille ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de €.

Fait à ► **le ►**

Signature et cachet du
professionnel de santé



*Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle
(remettre 1 exemplaire à chaque professionnel de santé)*

Accident ou maladie professionnelle

Survenu le ►

Déclarée le ►

Victime

Nom d'usage ► Matricule ►

Nom de famille ► Date de naissance ►

Prénom ►

Adresse ►

Unité d'affectation

Nom et adresse ►

Délégation ►

RELEVÉ DES HONORAIRES À COMPLÉTER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ
à transmettre à l'adresse rappelée ci-dessus (ne pas utiliser la carte vitale)

Joindre les pièces suivantes : un RIB (avec mention de l'IBAN) + la copie de l'ordonnance pour les frais de pharmacie, imagerie médicale, soins infirmiers, rééducation, orthèse/prothèse...

Date de l'acte médical ou de l'ordonnance	Nature de l'acte ou date d'exécution de l'ordonnance	Montant

Le professionnel de santé déclare, que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes indiqués sur cette feuille ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de €.

Fait à ► le ►

Signature et cachet du
professionnel de santé



*Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle
(remettre 1 exemplaire à chaque professionnel de santé)*

Accident ou maladie professionnelle

Survenu le ►

Déclarée le ►

Victime

Nom d'usage ► **Matricule ►**

Nom de famille ► **Date de naissance ►**

Prénom ►

Adresse ►

Unité d'affectation

Nom et adresse ►

Délégation ►

RELEVÉ DES HONORAIRES A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE
à transmettre à l'adresse rappelée ci-dessus (ne pas utiliser la carte vitale)

Joindre les pièces suivantes : un RIB (avec mention de l'IBAN) + la copie de l'ordonnance pour les frais de pharmacie, imagerie médicale, soins infirmiers, rééducation, orthèse/prothèse...

Date de l'acte médical ou de l'ordonnance	Nature de l'acte ou date d'exécution de l'ordonnance	Montant

Le professionnel de santé déclare, que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes indiqués sur cette feuille ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de €.

Fait à ► **le ►**

Signature et cachet du
professionnel de santé