

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire relevant du régime spécial CNRACL et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident à transmettre dans un délai de 15 jours* à compter de la date de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant. Ce certificat est à transmettre dans un délai de 15 jours* à compter de la date de l'accident ou **si l'accident entraîne un arrêt de travail, dans un délai de 48h suivant son établissement.**

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (les numéros renvoient au formulaire pages suivantes)

⁽¹⁾ Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : numéro de rue, croisement, numéro de route départementale...).

⁽²⁾ Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

⁽³⁾ Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

⁽⁴⁾ Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

⁽⁵⁾ Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, contact avec une substance dangereuse...).

⁽⁶⁾ Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quel objet vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), d'une machine, d'un véhicule, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol...

⁽⁷⁾ Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

⁽⁸⁾ Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

⁽⁹⁾ Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

^(9a) Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

^(9b) Rubrique « Effets de lumière » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte de la vision.

^(9c) Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

⁽¹⁰⁾ Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège de lésion interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

**Ce délai n'est pas opposable à l'agent lorsque le certificat médical est établi dans le délai de deux ans à compter de la date de l'accident. Dans ce cas, le délai de déclaration est de quinze jours à compter de la date de cette constatation médicale. Ces délais ne sont pas applicables lorsque le fonctionnaire entre dans le champ de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale (acte de terrorisme) ou s'il justifie d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes.*

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone personnel : (Le cas échéant, coordonnées du Tiers de confiance à contacter)

Adresse mail personnelle :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom de la collectivité ou de l'établissement public :

Adresse de la collectivité ou de l'établissement public :

.....

Nom du service d'affectation :

Téléphone professionnel :

Adresse mail professionnelle :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT CNRACL

Stagiaire Titulaire

Catégorie A B C

Cadre d'emploi:

Grade :

Quotité de travail:% Temps Partiel : Oui Non

Temps Non-Complet** : Oui Non

Précisez les jours travaillés :

Date d'entrée sur le poste :

Métier / Fonction exercée :

***Le fonctionnaire territorial qui occupe des emplois permanents à temps non complet dans plusieurs collectivités ou établissements publics doit adresser la déclaration d'accident de service/de trajet (formulaire présent et certificat médical) à l'autorité territoriale auprès de laquelle il exerce les fonctions ayant conduit à la survenance de l'accident ou de la maladie.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

.....
.....

Horaires habituels (*si différents, à expliquer*) :

.....
.....

⁽¹⁾Lieu précis de l'accident:

.....

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> ⁽²⁾ Lieu de travail occasionnel | <input type="checkbox"/> ⁽³⁾ Au cours d'une mission pour l'employeur |
| <input type="checkbox"/> Lieu de restauration habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail | |
| <input type="checkbox"/> Accident de circulation routière (<i>à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ...</i>) | |

⁽⁴⁾Activité de la victime lors de l'accident (*Environnement -bureau, escalier, route- et tâche exécutée*) :

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

⁽⁵⁾Description et nature de l'accident (*ex : chute, agression, collision...*) :

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

⁽⁶⁾Objet dont le contact a blessé la victime :

.....

Témoins : Oui Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom, prénom, qualité (de chaque témoin ; adresse si externe à l'administration) :

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

⁽⁷⁾ **Accident causé par un tiers :** Oui Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

.....

⁽⁸⁾ **Pièces jointes :** (cocher et joindre la ou les pièces au formulaire)

- Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)
- Témoignages écrits (nombre :)
- Dépôt de plainte
- Ordre de mission
- Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)
- Autres (à préciser) :
- Rapport de police / de gendarmerie
- Constat amiable
- Bulletin d'hospitalisation

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT (Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration)

⁽⁹⁾ Nature des lésions médicalement constatées :

- Plaie et blessure
 - Amputation
 - Empoisonnement, infection
 - ^(9b) Effets de température, de Lumière, de radiations
 - ^(9c) Effets du bruit, des vibrations, de la pression
 - Fracture
 - Commotion, traumatisme
 - Asphyxie, noyade
 - Luxation, entorse, foulure
 - Brûlure, gelure
 - ^(9a) Choc
 - Blessures multiples
- Autres (à préciser) :

⁽¹⁰⁾ Sièges des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

.....
.....

Je soussigné (prénom et nom)

certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations déclarées

Fait à : Le (date de déclaration) :

Signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)