

N° 11137*01

(Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la Sécurité Sociale)

ATTENTION

Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, les zones "EMPLOYEUR" et "VICTIME" peuvent être remplies par duplication avec la liasse de la déclaration d'accident du travail S6200

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____
 Adresse _____
 N° de Téléphone _____

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME (Le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse _____
 N° de Téléphone _____
 N° SIRET de l'établissement _____

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime _____



Réservé CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation _____
 A défaut sexe _____ Date de naissance _____
 NOM, Prénom _____
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux)
 ADRESSE _____
 Nationalité Française
 C.E.E.
 Autre
 Date d'embauche _____ Profession _____
 Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle _____ Motif de l'arrêt Accident du travail
 Date du dernier jour de travail _____ Maladie professionnelle
 Date de reprise du travail _____ Travail non repris à ce jour

SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date d'arrêt de travail)

A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE			FRAIS PROFES.	
	Date d'échéance de la paye	Période du	au	Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées avec la même périodicité que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Soumis à cotisations	Déd. Sup. %
	1	2	3	4	5	6	7	8	
SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE									

* Si les montants sont exprimés en euro(s), cochez la case. Si les montants sont exprimés en franc(s), la case reste vierge.

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base

C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement du	au	Montant brut	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12
9	10	11	12	13

* Si les montants sont exprimés en euro(s), cochez la case. Si les montants sont exprimés en franc(s), la case reste vierge.

Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	
14	15	16	17	18	19
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Intégral <input type="checkbox"/> Partiel		

D Cas particuliers Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans _____
 → pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat _____

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR	A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation du _____ au _____ Pendant cette période le salaire sera maintenu <input type="checkbox"/> Intégralement <input type="checkbox"/> Partiellement N° compte postal ou bancaire employeur _____ et intitulé _____ Paiement en euro(s) _____ (voir au verso)	J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre Signature de l'assuré(e) _____
Fait à _____ le _____ Nom du signataire _____ Qualité du signataire _____	Signature de l'employeur _____