

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, indiquez celle dans laquelle était employée la victime

## VICTIME

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom patronymique (nom de naissance) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe (2) :  M  F  
 Nom d'usage (facultatif) (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 : \_\_\_\_\_  
H mm  
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ et de : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
H mm H mm H mm H mm  
 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 : \_\_\_\_\_  
(indiquez 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 : \_\_\_\_\_

Tache : \_\_\_\_\_

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) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

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, indiquez celle dans laquelle était employée la victime

## VICTIME

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom patronymique (nom de naissance) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe (2) :  M  F  
 Nom d'usage (facultatif) (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 : \_\_\_\_\_  
 (indiquez 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 : \_\_\_\_\_

Tache : \_\_\_\_\_

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) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

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, indiquez celle dans laquelle était employée la victime

## VICTIME

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom patronymique (nom de naissance) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe (2) :  M  F  
 Nom d'usage (facultatif) (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 : \_\_\_\_\_  
(indiquez 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 : \_\_\_\_\_

Tache : \_\_\_\_\_

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) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

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, indiquez celle dans laquelle était employée la victime

## VICTIME

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom patronymique (nom de naissance) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe (2) :  M  F  
 Nom d'usage (facultatif) (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 : \_\_\_\_\_  
 (indiquez 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 : \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : \_\_\_\_\_

Catégorie de risques : \_\_\_\_\_

Type de l'accident : \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_

Code qualité : \_\_\_\_\_

Circulation routière : \_\_\_\_\_

Lieu de l'A.T. : \_\_\_\_\_

Activité : \_\_\_\_\_

Tache : \_\_\_\_\_

Élément matériel : \_\_\_\_\_

Mouvement accidentel : \_\_\_\_\_

Problème : \_\_\_\_\_

Siège des lésions : \_\_\_\_\_

Nature des lésions : \_\_\_\_\_

Recours : \_\_\_\_\_

Code individualisation : \_\_\_\_\_

Effectif théorique : \_\_\_\_\_

Contrat prévention : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_

Date de fin : \_\_\_\_\_

Si le déclarant n'est pas l'employeur :

Fait à \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

100 ATA 04

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

5/5