

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)  
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE  
A VEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIEME VOLET.

## L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur CPAM

Adresse 1 R DE SAVOIE Lieu-dit

6 0 0 1 3 BEAUVAIS CEDEX N° de Téléphone 0344101176 - virginie.leroux

Code postal

N° SIRET de l'établissement d'attache 5 1 7 3 9 0 1 8 3 0 0 0 1 3 N° de risque Sécurité Sociale 7 5 3 A A

Nom du service de santé au travail

Adresse Code postal

## LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation 2 8 1 0 9 6 0 1 7 6 0 1 8 2 1 À défaut, sexe  F  M Date de naissance 0 7 0 9 1 9 8 1

Nom et prénom THIEUX VINCIANNE  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse AVENUE FITZGERALD KENNEDY Lieu-dit

9 5 2 7 0 Viarmes Nationalité { Française   
EEE, Suisse   
Autre

Code postal

Date d'embauche 1 2 0 9 2 0 0 5 Profession Employés de bureau, CONTROLEUR PRESTATIONS

Qualification professionnelle Employé Ancienneté dans le poste de travail Un an et plus

Contrat de travail : CDI  CDD  Apprenti/Elève  Intérimaire  Autre

## LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date 1 8 1 0 2 0 2 4 heure 0 9 5 5

Lieu de l'accident 60013 BEAUVAIS CEDEX  
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps

Lieu de travail habituel  Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail  Numéro de SIRET du lieu de l'accident

Lieu de travail occasionnel  Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas  (Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)

Lieu du repas  Au cours d'un déplacement pour l'employeur

Activité de la victime lors de l'accident La victime assistait au CSE d'installation rue Savoie a Beauvais dans la salle du conseil, en sa qualite d'elue titulaire.

Nature de l'accident La victime declare que le directeur de la Cpm de l'Oise Monsieur Azam M.A. l'aurait prise a partie en lui coupant la parole et l'aurait agresse en lui disant sur un ton agressif et en criant : "Vous avez menti !" et ce plusieurs fois.

Objet dont le contact a blessé la victime RAS

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) Bonjour Nous vous transmettrons prochainement un courrier pour émettre des réserves. Cordialement Virginie

Siège des lésions

Nature des lésions Choc psychologique Manifestation par de la peur, du stress, de l'anxiété, Tremblement dans les bras et jambes, mal à la tête et aux yeux, poitrine oppressée en quittant la salle du conseil

La victime a été transportée à : L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI  NON

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de 0 9 0 0 à 1 8 0 0 et de H mn à H mn

Accident {  constaté le 2 2 1 0 2 0 2 4 heure 0 2 0 0 par l'employeur  par ses préposés  décrit par la victime   
 connu

l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le sous le N°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (\*)  DÉCÈS

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON  OUI  par qui ?

## LE TÉMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)

Le témoin  ou la 1ère personne avisée  (en cas d'absence de témoin)

Nom et prénom FAVRE CEDRIC

Adresse RUE DU PUIITS AU LOUP PLAILLY Lieu-dit

Code postal 6 0 1 2 8

## LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI  NON

Si OUI, nom et adresse du tiers DIRECTEUR CPAM DE L'OISE 1 RUE DE SAVOIE 60000 Beauvais

Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire LEROUX VIRGINIE

Qualité -

Fait à BEAUVAIS CEDEX le 2 3 1 0 2 0 2 4

Signature  
LEROUX VIRGINIE

(\*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.

# DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

VOLET COMPLETANT LE FORMULAIRE DE DECLARATION N° 14463\*03 POUR CETTE VICTIME

## LA VICTIME

|                      |   |                |  |                   |                               |
|----------------------|---|----------------|--|-------------------|-------------------------------|
| N° d'immatriculation | 2   8   1   0   9   6   0   1   7   6   0   1   8   2   1   | A défaut, sexe | <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M | Date de naissance | 0   7   0   9   1   9   8   1 |
| Nom et prénom        | THIEUX VINCIANNE<br><small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small> |                |  |                   |                               |
| Adresse              | AVENUE FITZGERALD KENNEDY   |                |  |                   |                               |
| Code Postal          | 9   5   2   7   0 Viarmes   |                |  |                   |                               |

## L'ENTREPRISE UTILISATRICE (Si la déclaration est établie par une entreprise d'intérim)

### Entreprise utilisatrice

|                                 |                 |          |  |
|---------------------------------|-----------------|----------|--|
| Nom et prénom ou raison sociale |                 |          |  |
| Adresse                         |                 |          |  |
| Code postal                     | N° de Téléphone | courriel |  |

### Etablissement utilisateur de la victime

|             |                 |          |  |
|-------------|-----------------|----------|--|
| Adresse     |                 |          |  |
| Code postal | N° de Téléphone | courriel |  |

|                                |  |                               |  |
|--------------------------------|--|-------------------------------|--|
| N° de SIRET de l'établissement |  | N° de risque Sécurité Sociale |  |
|--------------------------------|--|-------------------------------|--|

## AUTRE TEMOIN

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
| Nom et prénom | RIPART MURIEL                                   |  |  |
| Adresse       | RUE DE LA REPUBLIQUE                            |  |  |
| Code postal   | 6   0   8   1   0 Villers-Saint-Frambourg-Ognon |  |  |

## AUTRE TEMOIN

|               |                                   |  |  |
|---------------|-----------------------------------|--|--|
| Nom et prénom | DEBACQ SANDRA                     |  |  |
| Adresse       | RUE JEAN ROSTAND                  |  |  |
| Code postal   | 6   0   1   8   0 NOGENT SUR OISE |  |  |

## AUTRE TEMOIN

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| Nom et prénom |  |  |  |
| Adresse       |  |  |  |
| Code postal   |  |  |  |

## LE TIERS ET SA SOCIETE D'ASSURANCE (Si l'accident est causé par un tiers)

### Le tiers

|             |                            |  |  |
|-------------|----------------------------|--|--|
| Nom, prénom | DIRECTEUR CPAM DE L'OISE   |  |  |
| Adresse     | 1 RUE DE SAVOIE            |  |  |
| Code postal | 6   0   0   0   0 Beauvais |  |  |

### Sa société d'assurance

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| Société d'assurance du tiers |  |  |  |
| N° de contrat                |  |  |  |
| Adresse                      |  |  |  |
| Code postal                  |  |  |  |

**Risques Professionnels**

Contact : PATRICIA FERREIRA

Téléphone :  3646 Service gratuit  
+ prix appel

Téléphone : 2 81 09 60 176 018 21

Nom : VINCIANNE LE KERVERN

Date : 18 Octobre 2024

N° : 241018597

Date : Le 16 Janvier 2025

Objet : Votre accident est pris en charge

Madame VINCIANNE LE KERVERN  
24 AVENUE JOHN FITZGERALD KENNEDY  
95270 VIARMES

Madame,

Après analyse de votre dossier, votre accident du 18 Octobre 2024 est reconnu d'origine professionnelle.

Vous pouvez donc continuer à présenter votre feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle lors de vos consultations médicales. Veillez à l'utiliser uniquement pour les soins en rapport avec votre accident.

Cordialement,

Votre Correspondant de l'Assurance Maladie - Risques professionnels  
PATRICIA FERREIRA