

Pour déclarer un accident de travail, le site de net-entreprise permet un envoi direct et rapide à la sécurité sociale.

A savoir qu'un accident du travail doit être déclaré sous 48 heures à l'organisme.

Saisir les identifiants suivants :

siret
77558124200341

vous nom
EHPAD LA BASTIDE

vous prénom
TINNES AUDREY

mot de passe
philou2002

puis



Code	Description	Action
AE (dépôt)	Attestation destinée à Pôle emploi – dépôt Dépôt de fichier issu du logiciel de paie	Accéder à la déclaration
AE (insc. EDI)	Inscription à l'attestation destinée à Pôle emploi en EDI Pour obtenir les éléments de connexion en vue d'une transmission directement à partir du logiciel de paie	Accéder à la déclaration
AE (saisie)	Attestation destinée à Pôle emploi – formulaire Et autres services Pôle emploi (non accessible aux tiers déclarants pour leurs clients/filiales)	Accéder à la déclaration
Att. salaire IJ	Attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières Saisie de formulaire ou dépôt de fichier issu du logiciel	Accéder à la déclaration
Compte AT/MP	Compte accident du travail / maladie professionnelle Taux AT/MP, informations et détails (non accessible aux tiers déclarants pour leurs clients/filiales)	Accéder à la déclaration
C.Spectacles	Déclarations congés spectacles Déclarations nominatives par transfert de fichier, télépaiement des cotisations	Accéder à la déclaration
BADS-U	Décl. automatisée des données sociales unitaire Dépôt de fichier issu du logiciel de paie	Accéder à la déclaration
BADS-U CI-BTP	BADS-U aux caisses Congés Intermédiaires BTP Dépôt de fichier issu du logiciel de paie	Accéder à la déclaration
DAT	Déclaration d'accident du travail ou de trajet Saisie de formulaire ou dépôt de fichier issu du logiciel	Accéder à la déclaration
Décl. CCVRP	Décl. des employeurs de VEP multicatégoriels	Accéder à la déclaration

Dans la partie « DAT », cliquer sur le lien « **Accéder à la déclaration** »

Télédéclaration d'accident du travail pour les salariés du Régime Général (N° d'homologation ministérielle : S 6200) Version DY950010J

Lorsqu'un salarié de votre entreprise est victime d'un accident du travail, vous devez déclarer cet accident à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence habituelle de la victime au plus tard 48 heures après avoir eu connaissance des faits.

La déclaration d'accident doit être établie dans tous les cas. Il appartient pas à l'employeur de juger si l'accident relève de la législation professionnelle, seule la caisse primaire d'assurance maladie est habilitée en la matière. A charge pour elle d'apprécier les réserves motivées que le chef d'entreprise serait amené à formuler. Si celui-ci refuse d'établir la déclaration, le salarié peut la compléter lui-même dans les deux ans qui suivent l'accident. Aux termes de l'article R 471-3 du Code de la sécurité sociale, sont punis d'amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la caisse primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la Caisse primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident (article L 471-1). En cas de souci, n'hésitez pas à contacter votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Vous pouvez nous transmettre vos réserves motivées ou observations éventuelles en même temps que votre déclaration. En effet, vous pouvez joindre à la fin de la déclaration en ligne, tout document électronique que vous jugez utile. Pour cela, il suffit de sélectionner les documents préalablement préparés sur votre ordinateur, et de valider cet ajout.

Le site service de déclaration d'accident du travail (Net-DAT) vous permet d'envoyer votre déclaration électroniquement en lieu et place de la lettre recommandée avec accusé de réception dans le respect des textes du code de la sécurité sociale sur la déclaration d'accident du travail et de ceux du code civil sur l'écrit électronique.

Un accusé de dépôt vous est délivré immédiatement après la validation de votre déclaration. Il fait foi de la date du dépôt. Par convention entre les parties, l'accusé de dépôt a la même valeur que l'accusé de réception sur support papier prévu par les textes du code de la sécurité sociale.

Les données de la déclaration et de l'accusé de dépôt sont archivées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). La CNAMTS archive l'original des données de la déclaration sur son serveur. Il vous appartient de vous constituer une copie de vos données.

Vous ne pouvez accéder au service déclaratif Net-DAT que si :
 - l'établissement pour lequel vous déclarez l'accident est inscrit à ce service en ligne ;
 - le salarié vous a communiqué son numéro d'immatriculation (15 caractères commençant par 1 pour les hommes, ou 2 pour les femmes) ;
 - Vous disposez d'un logiciel de lecture des PDF.
 Si ces conditions ne sont pas remplies, vous devez adresser votre déclaration sur support papier par la Poste, en recommandé avec avis de réception.

- Deux possibilités pour réaliser vos déclarations en ligne :
1. Soit remplir le formulaire électronique en ligne (EFI)
 Net-DAT vous transmet à la fin de toute déclaration en ligne un « accusé de dépôt » qui vous permet en outre d'imprimer ou d'enregistrer dans votre système informatique l'accusé de dépôt et le récapitulatif de votre déclaration qu'il vous appartient de conserver.
 2. Soit déposer un fichier préalablement constitué par votre logiciel (logiciel administratif ou de prévention des risques d'accident du travail), selon la norme d'échange publiée sur amel.fr (EDI)

Lorsque cette page s'affiche, cliquer sur :
J'accepte les conditions d'utilisation du service « Déclaration Accidents du travail » puis Etape suivante

La CNAMTS et/ou la CPAM qui traite votre dossier se réservent le droit de mettre en œuvre les dispositions de l'article 1147 du Code civil en cas de non respect par vous des conditions du présent contrat.

J'accepte les conditions d'utilisation du service « Déclaration Accidents du travail »

(QUITTER) ÉTAPE SUIVANTE >



ÉTAPE 1 : MON PROFIL

Personne Autorisée

Nom : EHPAD LA BASTIDE
 SIRET : 775 581 242 00341
 Téléphone : 0561978300

Prénom : TINNES AUDREY
 Mèl : audrey.tinnes@apath31.fr

INDIQUEZ VOS PRÉFÉRENCES

Format des Accusés de Réception

PDF XML

Vos préférences seront enregistrées au passage à l'étape suivante

SÉLECTIONNEZ L'ACTION QUE VOUS SOUHAITEZ RÉALISER

AIDE ? (QUITTER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE <

Sélectionner dans la barre déroulante :
Saisir une déclaration en ligne (EFI)



Vos préférences seront enregistrées au passage à l'étape suivante

SÉLECTIONNEZ L'ACTION QUE VOUS SOUHAITEZ RÉALISER

Saisir une déclaration en ligne (EFI)

SÉLECTIONNEZ L'ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE DE LA VICTIME

L'établissement d'attache de la victime est celui qui a été déclaré au titre des cotisations sociales pour l'exercice en cours.

Sélection de l'établissement déclaré

Siret	Raison Sociale
77558124200341	ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES

Établissement déclaré

SIRET : 775 581 242 00341 Code APET : 8720A
 Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES Siège social : non
 Adresse : LIEU DIT LE PRE COMMUN 31360 BEAUCHALOT

INDIQUEZ ÉVENTUELLEMENT UNE ADRESSE SECONDAIRE DE CORRESPONDANCE

Avez-vous mis en place une gestion centralisée des accidents, à une adresse différente de l'établissement d'attache de la victime?

non oui, remplissez les champs qui suivent

Point de renvoi (num appartement, étage, etc.) :
 Complément entrée (entrée, immeuble, tour, etc.) :
 Voie (nom, type, localité) :
 Mention de distribution (boi of, BP, etc.) :
 Code Postal et commune ou cedex :
 Pays : France

INDIQUEZ LE NUMÉRO DE RISQUE

Numéro de risque de Sécurité Sociale figurant sur la notification de l'avis applicable à l'activité dans laquelle est complétée la notice de la victime. **SSAD**

INDIQUEZ LES COORDONNÉES DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

NOM :
 Point de renvoi (num appartement, étage, etc.) :
 Complément entrée (entrée, immeuble, tour, etc.) :
 Voie (nom, type, localité) :
 Mention de distribution (boi of, BP, etc.) :
 Code Postal et commune ou cedex :
 Pays : France

Compléter les données du Service de Santé au Travail

Service de Santé au Travail
 2 rue Jean Suberville
 31800 SAINT GAUDENS

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

ÉTAPE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Employeur
SIRET : 775 581 242 00341
Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES

→ Identification de la victime

Les champs obligatoires sont suivis d'un *

CPA03 Destinataire
N° d'immatriculation
Sexe
Date de naissance
Nom
Prénom
Point de remise (num appartement, étage, etc.)
Complément (entrée, terrasse, toui, etc.)
Voie (num, type, libellé)
Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.)
Code Postal et commune ou cedex
Pays
Nationalité
Date d'embauche
Profession
Profession Précise
Préciser la profession si nécessaire (dénomination dans votre entreprise)
Qualification professionnelle
Accompagné dans le poste
Nature du contrat
Autrice(s) victime(s)

Compléter les données du salarié.
Pour cela, il faut prendre le dossier du salarié puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

ÉTAPE 3 : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT 1/2

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341	NOM : NGOUJON
Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES	Prénom : Séverine

→ Date et heure de l'accident

Les champs obligatoires sont suivis d'un *

Date de l'accident
Heure de l'accident
Horaires de travail de la victime le jour de l'accident
Lieu de l'accident
Précisions sur le lieu de l'accident
Nom et adresse du lieu de l'accident
Point de remise (num appartement, étage, etc.)
Complément (entrée, terrasse, toui, etc.)
Voie (num, type, libellé)
Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.)
Code Postal et commune ou cedex
Pays
Si la victime est salariée d'un groupement d'entreprises, indiquer ci-dessous le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident
SIRET
Circonstances détaillées de l'accident
Activité de la victime lors de l'accident

Compléter :

- *la date et heure de l'accident
- *le lieu de l'accident
- *les circonstances détaillées de l'accident

puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

Assurance Maladie
RISQUES PROFESSIONNELS

ÉTAPE 4 : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT 2/2

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341	NOM : NGOUJON
Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES	Prénom : Séverine

→ Description de l'accident

Les champs obligatoires sont suivis d'un *

Victime transportée à
Point de remise (num appartement, étage, etc.)
Complément (entrée, terrasse, toui, etc.)
Voie (num, type, libellé)
Mention de distribution (lieu dit, BP, etc.)
Code Postal et commune ou cedex
Pays
Accident
Conséquence
Inscrit au registre d'accidents du travail même
Rapport de Police
Un rapport de police a-t-il été établi?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Décrire l'accident puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : RENSEIGNEMENTS SUR LES TÉMOINS

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341 Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPÉS	NOM : NGOUJON Prénom : Séveline

Renseignements sur les témoins

Si aucun témoin direct ou indirect n'est à déclarer, passez à l'étape suivante

Qualité : Témoin N'être personne avisée

Nom : _____

Prénom : _____

Point de remise (num appartement, étage, etc.) : _____

Complément (entrée, immeuble, tour, etc.) : _____

Voie (num, type, habité) : _____

Mention de distribution (lieu de, BP, etc.) : _____

Code Postal et commune ou code : _____

Pays : France

Voulez-vous déclarer un autre témoin ? oui non

Si 2 ou plusieurs témoins, vous pouvez les retrouver dans le volet complémentaire, en fin de saisie

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Compléter les champs s'il y avait des témoins *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : RENSEIGNEMENTS SUR LE TIERS

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341 Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPÉS	NOM : NGOUJON Prénom : Séveline

Renseignements sur le tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? non oui, remplissez avec les éléments dont vous disposez, les champs qui suivent

Indiquez (si les références du tiers peuvent potentiellement être impliqués dans l'accident sans préjudice de la décision de la caisse ou forme de l'indemnité du tiers)

Nom : _____

Prénom : _____

Point de remise (num appartement, étage, etc.) : _____

Complément (entrée, immeuble, tour, etc.) : _____

Voie (num, type, habité) : _____

Mention de distribution (lieu de, BP, etc.) : _____

Code Postal et commune ou code : _____

Pays : France

Société d'assurance du tiers, si éléments connus

Les champs obligatoires pour la déclaration d'une société d'assurance sont suivis d'un *

Raison sociale : _____

Point de remise (num appartement, étage, etc.) : _____

Complément (entrée, immeuble, tour, etc.) : _____

Voie (num, type, habité) : _____

Mention de distribution (lieu de, BP, etc.) : _____

Code Postal et commune ou code : _____

Pays : France

Nombre de contrat : _____

AIDE ? (ABANDONNER) (SUSPENDRE) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Si témoin, compléter les renseignements de la tiers personne puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341 Raison sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPÉS	NOM : NGOUJON Prénom : Séveline

PIÈCE(S) JOINTE(S)

Sélectionnez un fichier pour l'ajouter à la liste

Exemples de pièces jointes : pièce justificative, information de gestion du dossier, ...

Les formats acceptés sont jpg, pdf, xml, docx

Les caractères acceptés pour les noms de fichiers : alphanumériques et %, -, _

Ne doivent pas contenir d'espaces, caractères spéciaux, signes de ponctuation etc.

Parcourir Valider

SIGNATURE

Fait à : BEAUCHALOT Le : 11 avr. 2015

Signataire : EHPAD LA BASTIDE TINNES AUDREY

Qualité : Assistante de Direction

La déclaration d'accident du travail au format PDF va vous être présentée dans une autre fenêtre de votre navigateur. Elle sera générée à partir des informations fournies. Pour continuer, vous devrez fermer l'image de cette déclaration après vous être assuré de son exactitude. En cas d'erreur ou d'oubli, cliquez sur « ÉTAPE PRÉCÉDENTE » pour attendre la page contenant les éléments suivants.

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Joindre l'arrêt de travail (après l'avoir scanné) s'il a lieu puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 8 : VALIDATION

Employeur	Victime
SIRET : 775 581 242 00341 Région sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES	NOM : NGOUJON Prénom : Séverine

Validez en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION. Dans le cas contraire, cliquez sur ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou sur ÉTAPE PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ? oui

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Saisir « oui » pour valider puis *étape suivante*

NET-ENTREPRISES-FR DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

1 2 3 4 5 6 7 8

ACCUSÉ DE DÉPÔT

Le document que vous venez de valider vient d'être envoyé à la caisse primaire qui va se charger de son instruction.

Employeur
SIRET : 77558124200341 Région sociale : ASS POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES Adresse : LIEU DIT LE PRE COMMUN 37090 BEAUCHALOT

Assuré(e)
Nom : NGOUJON Prénom : Séverine

Votre dépôt a été envoyé sous l'identifiant : EDA-20130701029-550437933127

Imprimer votre accusé de dépôt ... Enregistrer votre accusé de dépôt ...

Imprimer ou enregistrer votre déclaration ...

Créer la feuille de soins - Carte CDI

(QUITTER) NOUVELLE SAISIE

*Imprimer l'accusé de dépôt (puis classer dans le dossier du salarié)

*Imprimer la déclaration (puis classer dans le dossier du salarié)

*Créer la feuille de soins puis l'enregistrer informatiquement dans le dossier du salarié :
Administratif
Ressources Humaines
Dossier du Personnel
CDI ou CDD selon le type de contrat du salarié
Nom du salarié

*A noter que lorsque la déclaration d'accident de travail est établie, il faudra saisir l'absence pour accident de travail si le salarié est arrêté avec le **code 0250**.*

Par la suite, lorsque la saisie paie sera effectuée l'attestation de salaire sera à établir (cf : RH-AS-FT-01).

<p>Nom : Fonction :</p> <p>Visa :</p>	<p>Rédacteur Audrey TINNES, Assistante de Direction</p>	<p>Validation Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p>Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
--	--	---	--