



Caisse de Prévoyance Sociale  
de la Polynésie Française  
BP 1 Papeete - Tahiti  
Tél 41.68.68 - Fax 42.46.06  
No TAHITI : 183707  
www.cps.pf

Service : ASSURANCE-MALADIE/ACCIDENT DU TRAVAIL

<p><b>Déclaration d'accident de travail</b> <b>(2 exemplaires)</b> <b>Art. 137 de la loi 52.1322 – Arrêté 1746/IT</b></p>
---

**CETTE DECLARATION DOIT ETRE ADRESSEE PAR L'EMPLOYEUR  
EN DEUX EXEMPLAIRES DANS LES 48 HEURES A LA C.P.S.**

<b>L'EMPLOYEUR</b>	
N° d'inscription à la CPS : .....	Nombre de salariés dans l'établissement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identité ou Raison sociale : .....	
Adresse postale : .....	
Activité professionnelle : .....	
<b>Banque ou CCP</b>	
N° de compte : .....	

<b>LA VICTIME</b>	
N° d'immatriculation : .....	N° d'A.F. : .....
Nom : .....	Carte de retraite N°: .....
(Nom de jeune fille s'il y a lieu suivi de Femme X...ou Veuve X...ou Divorcée X...)	
Prénoms : .....	Née le : ..... Sexe : .....
Domicile précis : .....	
Qualification professionnelle : ..... Profession : ..... Date d'embauche : .....	

<b>L'ACCIDENT</b>
DATE (Préciser le jour de la semaine).....A.....Heures
LIEU DE L'ACCIDENT .....
NATURE, SIEGE, EVENTUELLEMENT COTÉ, DES LESIONS .....
CIRCONSTANCES DETAILLEES ET AGENT MATERIEL DE L'ACCIDENT .....
.....
.....

DATES DES 1<sup>ERS</sup> SOINS:..... LIEU DES 1<sup>ERS</sup> SOINS (Lieu de travail, médecin, hôpital...):.....

<b>TEMOINS (Noms, prénoms, adresses)</b>	<b>ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS</b> Nom et adresse du tiers
.....	.....
.....	.....
.....	Ci <sup>e</sup> d'assurance du tiers .....

<b>LE SALAIRE</b>
La victime a effectué durant la période de 30 jours (30) précédant l'accident.....heures de travail réparties
en.....journées de présence, pour un salaire brut de ..... FCP
.....
(en toutes lettres)
<b>Il est payé à :</b> (1) <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mois (1) Cocher la mention retenue
<b>L'employeur continue à verser le salaire :</b> (1) <input type="checkbox"/> Pendant la période du ..... au ..... inclus
<input type="checkbox"/> Pendant la période totale d'incapacité <input type="checkbox"/> Ne verse pas (2)
(2) N° de compte ou C.C.P. de l'employé(e) : .....

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE.....  
A .....le .....  
Signature et cachet