



**POSTAUX
DE PARIS**

**SYNDICAT DES SERVICES
POSTAUX DE PARIS**
67 rue de Turbigo - 75139 PARIS CEDEX 03
Téléphone : 01 48 87 68 15 - Télécopie : 01 42 74 66 27
E.mail : cgt.postaux@orange.fr

Novembre 2017

**côté
CGT**
N°7

Connaître ses droits et les faire respecter !

Comment déclarer un accident du travail ou un accident de trajet ?

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

Est considéré comme accident de travail ou de service, tout accident résultant d'une action anormale, imprévue, violente et soudaine provoquant, par le fait ou au cours du travail, une lésion corporelle. Il peut également s'agir d'une agression ou d'une morsure de chien.

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DE TRAJET ?

Est considéré comme accident de trajet, l'accident survenu pendant le trajet d'aller et retour entre le lieu du travail et la résidence principale de l'agent ou le lieu où il prend habituellement ses repas.



Si vous êtes victime d'un accident du travail, vous devez le déclarer auprès de votre employeur et faire constater vos blessures par un médecin. Ces démarches vous permettent de bénéficier de la prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à l'accident.

LORS DE TOUT ACCIDENT, ESSAYEZ, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, DE RECUEILLIR DES TÉMOIGNAGES OU LE TÉLÉPHONE DE TÉMOINS.

Déclarer l'accident dans les 24 H 00

Dès lors que vous êtes victime d'un accident lié à votre travail, vous devez informer ou faire informer votre employeur (*par écrit ou par oral*) de votre accident de travail dans la journée où il se produit ou, à défaut, au plus tard dans les **24 heures**.

En revanche, c'est à l'employeur qu'il revient de déclarer l'accident à votre CPAM dans les **48 heures** (*dimanches et jours fériés non compris*). Toutefois, si vous constatez que votre employeur n'a pas accompli cette démarche, vous pouvez déclarer vous même l'accident à votre **CPAM dans les 2 ans**.

La CPAM vous informe par courrier de la réception de la déclaration d'accident.

Un accident survenu au salarié ou au fonctionnaire par le fait ou à l'occasion de son travail, quelle qu'en soit la cause, est considéré comme accident du travail.

Pour que l'accident du travail soit reconnu, le salarié doit justifier des deux conditions suivantes :

- Il a été victime d'un fait accidentel dans le cadre de son activité professionnelle.
- Le fait accidentel a entraîné l'apparition soudaine d'une lésion (*lésion qui peut également être d'ordre psychologique comme lors d'une agression verbale*).

Côté salariés

Si vous avez été victime d'un dommage corporel sur votre temps de travail :

- Veillez à en informer votre patron dans les 24 heures. Enclenchée rapidement, cette démarche vous permettra de bénéficier de la prise en charge des soins sans avoir à avancer les frais.
- Consultez un médecin. Après constat des lésions éventuelles, il vous délivrera un certificat médical. Laquelle pièce s'avère indispensable pour être couvert par l'Assurance maladie.
- Adressez les volets 1 et 2 de ce certificat à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), et conservez la 3^{ème} page.

Obligations pour l'employeur

En cas d'incident, l'employeur doit en premier lieu remettre au salarié la feuille d'accident du travail, téléchargeable sur ameli.fr ou sur service-public.fr (Cerfa N° 14 463).


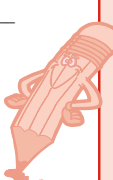
Une fois recueillis la date, le lieu et les conditions précises de l'accident auprès de la victime, il fera la déclaration en envoyant le formulaire dédié à la CPAM. Lequel organisme dispose de 30 jours pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

Côté fonctionnaires

Obligation pour l'employeur

Le chef d'établissement ou le supérieur hiérarchique remet à l'agent la feuille de prise en charge des soins (*imprimé n° 945-4*). Il effectue la déclaration, rassemble les pièces constitutives du dossier et l'envoie au NOD dans les 24h00.

L'agent informe son chef immédiat de l'accident dans la journée ou au plus tard dans les 24 heures et fait établir, par son médecin traitant le certificat médical initial.

| | |
|---|---|
|  <h3>Bulletin d'Adhésion</h3> <p>Je sousigné(e), déclare adhérer à la Fédération Nationale des Salariés du Secteur des Activités Postales et de Télécommunications CGT 263, Rue de Paris - Case 545 - 93515 Montreuil Cedex</p> <p><input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr NOM _____ Prénom _____ Adresse _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Adresse Mail : _____ Téléphone : _____ N° de Sécurité Sociale : [] Entreprise : _____ Site et ville : _____ Classifications (1) : Employé, Technicien, AM, Cadres, _____ Grade : _____ Fonction / Métier : _____ Indice ou coefficient : _____ Salaire net : _____ Année d'entrée aux PTT ou dans l'entreprise : _____ Date de Naissance : [] Temps Complet <input type="checkbox"/> Temps Partiel <input type="checkbox"/></p> <p>A _____, le _____ Signature : _____</p> <p>Je désire le prélèvement automatique de mes cotisations OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1) Rayer les mentions inutiles</p>  | <h3>Codifications</h3> <p>(à remplir par le Syndicat)</p> <p>Syndicat Départemental : _____ Section : _____ Activités Postales <input type="checkbox"/> Activités Télécom <input type="checkbox"/> Catégories Cadres <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Pré-retraités <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Autres : _____ Activités Commerciale <input type="checkbox"/> Gestion <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Acheminement <input type="checkbox"/> Distribution <input type="checkbox"/> Colis <input type="checkbox"/> Guichet <input type="checkbox"/> Service Financier <input type="checkbox"/> Informatique <input type="checkbox"/> Centre d'Appel <input type="checkbox"/></p> <p>Cotisation Mensuelle 1 % <input type="text"/></p> |
|---|---|