



**Caisse des Français de l'Étranger**  
160 rue des Meuniers  
CS 70238 RUBELLES  
77052 MELUN Cedex

☎ depuis la France : 01.64.71.70.00  
☎ depuis l'étranger : +33 1 64 14 62 62  
Fax : +33 1 60 68 95 74  
Site Internet : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

**L'ASSURÉ-VICTIME (ou L'EMPLOYEUR)**

**Volet n° 1**

- Remplit la déclaration,  
Marquez d'une croix les cases utiles
- Au verso, vous trouverez quelques précisions complémentaires
- Envoie dans les 48 heures après l'accident le volet 1 à l'adresse ci-contre en joignant le certificat médical descriptif des lésions constatées,
- conserve le volet 2.

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL d'un travailleur salarié expatrié

<b>1 – EMPLOYEUR</b>	<b>NOM, PRÉNOM – RAISON SOCIALE – ACTIVITÉ PRINCIPALE</b> <b>ADRESSE COMPLETE – TÉL. – MAIL :</b> ..... ..... .....	<b>ADRESSE DU LIEU HABITUEL DU TRAVAIL (chantier, succursale...) :</b> ..... ..... .....
<b>2</b>	<b>NOM, PRÉNOMS :</b> ..... <b>NUMERO DE SÉCURITÉ SOCIALE :</b> <b>QUALIFICATION PROFESSIONNELLE :</b> .....	..... ..... .....
<b>3</b>	<b>ADRESSE COMPLETE A L'ÉTRANGER : N° ..... VOIE</b> <b>LOCALITÉ :</b> ..... <b>PAYS :</b> ..... <b>TÉL. :</b> ..... <b>@ :</b> .....	
<b>3</b>	<b>DATE (précisez le jour de la semaine) :</b> .....	<b>HEURE (0 à 24) :</b> .....h.....
<b>3</b>	<b>HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME LE JOUR DE L'ACCIDENT :</b> De .....h..... à .....h..... De .....h..... à .....h.....	
<b>3</b>	<b>LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT (Pays, chantier, voie, repas, domicile...) :</b> ..... <b>S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, téléchargez le Questionnaire Accident sur notre site <a href="http://www.cfe.fr">www.cfe.fr</a> et complétez le.	
<b>3</b>	<b>CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT (si accident de trajet, complétez les indications de la zone 4) ET ACTIVITÉ DE LA VICTIME LORS DE L'ACCIDENT :</b> ..... ..... .....	
<b>3</b>	<b>EN CAS DE RÉSERVES DE L'EMPLOYEUR, CELLES-CI DOIVENT ÊTRE MOTIVÉES (joignez si besoin une lettre d'accompagnement explicative) :</b> ..... .....	
<b>4</b>	<b>QUEL EST LE TRAJET HABITUELLEMENT EMPRUNTÉ ?</b> ..... .....	<b>LE JOUR DE L'ACCIDENT, LE SALARIÉ ÉTAIT-IL EMPLOYÉ AILLEURS QUE SUR LE LIEU HABITUEL DE SON TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, adresse exacte de ce lieu : .....
<b>4</b>	<b>MOYEN HABITUEL DE LOCOMOTION :</b> .....	<b>SI LE PARCOURS A ÉTÉ INTERROMPU OU DÉTOURNÉ, INDIQUEZ LE MOTIF :</b> .....
<b>4</b>	<b>L'ACCIDENT EST-IL SURVENU AU COURS DE L'INTERRUPTION OU DU DÉTOUR ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>4</b>	<b>UN RAPPORT DE POLICE A-T-IL ÉTÉ ÉTABLI ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Dans l'affirmative, en joindre une copie.</i>	
<b>5</b>	<b>EXISTE-T-IL DES TÉMOINS ?</b> A DÉFAUT, IDENTIFIEZ LA 1 <sup>ère</sup> PERSONNE AVISÉE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SI OUI, NOM ET ADRESSE DES TÉMOINS (OU DE LA 1<sup>ère</sup> PERSONNE AVISÉE) :</b> ..... .....
<b>6</b>	<b>ARRÊT DE TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↪ <b>DATE DE DERNIER JOUR DE TRAVAIL :</b> ..... / ..... / .....	<b>EN CAS DE DÉCES,</b> <b>INDIQUEZ LA DATE :</b> ..... / ..... / .....
<b>6</b>	<b>SIEGE DES LÉSIONS :</b> ..... .....	<b>NATURE DES LÉSIONS :</b> ..... .....
<b>7</b>	<b>LA VICTIME BÉNÉFICIE-T-ELLE DU MAINTIEN DU SALAIRE PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <b>COMPLÉTEZ IMPÉRATIVEMENT L'ATTESTATION PATRONALE MISE A VOTRE DISPOSITION PAR LA CAISSE</b> (Document téléchargeable sur notre site <a href="http://www.cfe.fr">www.cfe.fr</a> )	

**PIECE A JOINDRE ⇨ CERTIFICAT MÉDICAL CONSTATANT LES CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT. EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ, IL DOIT ÊTRE ADRESSÉ RAPIDEMENT**

<b>FAIT A</b> ..... <b>LE</b> ..... / ..... / .....	<b>QUALITÉ DU SIGNATAIRE :</b> <input type="checkbox"/> ASSURÉ <input type="checkbox"/> TIERS, à préciser : .....	<b>CACHET DE L'EMPLOYEUR</b> (optionnel)	<b>SIGNATURE :</b> Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
--	---	---	---



**Caisse des Français de l'Étranger**  
160 rue des Meuniers  
CS 70238 RUBELLES  
77052 MELUN Cedex

☎ depuis la France : 01.64.71.70.00  
☎ depuis l'étranger : +33 1 64 14 62 62  
Fax : +33 1 60 68 95 74  
Site Internet : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

L'ASSURÉ-VICTIME (ou L'EMPLOYEUR)

**Volet n° 2**

- Remplit la déclaration,  
Marquez d'une croix les cases utiles
- Au verso, vous trouverez quelques précisions complémentaires
- Envoie dans les 48 heures après l'accident le volet 1 à l'adresse ci-contre en joignant le certificat médical descriptif des lésions constatées,
- conserve le volet 2.

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL d'un travailleur salarié expatrié

<b>1 – EMPLOYEUR</b>	<b>NOM, PRÉNOM – RAISON SOCIALE – ACTIVITÉ PRINCIPALE</b> <b>ADRESSE COMPLETE – TÉL. – MAIL :</b> ..... ..... .....	<b>ADRESSE DU LIEU HABITUEL DU TRAVAIL (chantier, succursale...) :</b> ..... ..... .....
<b>2</b>	<b>NOM, PRÉNOMS :</b> ..... <b>NUMERO DE SÉCURITÉ SOCIALE :</b> <b>QUALIFICATION PROFESSIONNELLE :</b> ..... .....	<b>3</b>
	<b>ADRESSE COMPLETE A L'ÉTRANGER : N°</b> ..... <b>VOIE</b> ..... <b>LOCALITÉ :</b> ..... <b>PAYS :</b> ..... <b>TÉL. :</b> ..... <b>@ :</b> .....	<b>DATE (précisez le jour de la semaine) :</b> ..... <b>HEURE (0 à 24) :</b> ..... .....h..... <b>HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME LE JOUR DE L'ACCIDENT :</b> De .....h..... à .....h..... De .....h..... à .....h.....
	<b>LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT (Pays, chantier, voie, repas, domicile...) :</b> ..... <b>S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, téléchargez le Questionnaire Accident sur notre site <a href="http://www.cfe.fr">www.cfe.fr</a> et complétez le.	<b>CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT (si accident de trajet, complétez les indications de la zone 4) ET ACTIVITÉ DE LA VICTIME LORS DE L'ACCIDENT :</b> ..... ..... .....
	<b>EN CAS DE RÉSERVES DE L'EMPLOYEUR, CELLES-CI DOIVENT ÊTRE MOTIVÉES (joignez si besoin une lettre d'accompagnement explicative) :</b> ..... .....	
<b>4</b>	<b>QUEL EST LE TRAJET HABITUELLEMENT EMPRUNTÉ ?</b> ..... .....	<b>LE JOUR DE L'ACCIDENT, LE SALARIÉ ÉTAIT-IL EMPLOYÉ AILLEURS QUE SUR LE LIEU HABITUEL DE SON TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, adresse exacte de ce lieu : .....
	<b>MOYEN HABITUEL DE LOCOMOTION :</b> ..... .....	<b>SI LE PARCOURS A ÉTÉ INTERROMPU OU DÉTOURNÉ, INDIQUEZ LE MOTIF :</b> .....
	<b>UN RAPPORT DE POLICE A-T-IL ÉTÉ ÉTABLI ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, en joindre une copie.	<b>L'ACCIDENT EST-IL SURVENU AU COURS DE L'INTERRUPTION OU DU DÉTOUR ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>EXISTE-T-IL DES TÉMOINS ?</b> A DÉFAUT, IDENTIFIEZ LA 1 <sup>ère</sup> PERSONNE AVISÉE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SI OUI, NOM ET ADRESSE DES TÉMOINS (OU DE LA 1<sup>ère</sup> PERSONNE AVISÉE) :</b> ..... .....
<b>6</b>	<b>ARRÊT DE TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↪ <b>DATE DE DERNIER JOUR DE TRAVAIL :</b> ..... / ..... / .....	<b>EN CAS DE DÉCES,</b> <b>INDIQUEZ LA DATE :</b> ..... / ..... / .....
	<b>SIEGE DES LÉSIONS :</b> ..... .....	<b>NATURE DES LÉSIONS :</b> ..... .....
<b>7</b>	<b>LA VICTIME BÉNÉFICIE-T-ELLE DU MAINTIEN DU SALAIRE PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <b>COMPLÉTEZ IMPÉRATIVEMENT L'ATTESTATION PATRONALE MISE A VOTRE DISPOSITION PAR LA CAISSE (Document téléchargeable sur notre site <a href="http://www.cfe.fr">www.cfe.fr</a>)</b>	

**PIECE A JOINDRE ⇨ CERTIFICAT MÉDICAL CONSTATANT LES CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT. EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ, IL DOIT ÊTRE ADRESSÉ RAPIDEMENT**

<b>FAIT A</b> ..... <b>LE</b> ..... / ..... / .....	<b>QUALITÉ DU SIGNATAIRE :</b> <input type="checkbox"/> ASSURÉ <input type="checkbox"/> TIERS, à préciser : .....	<b>CACHET DE L'EMPLOYEUR</b> (optionnel)	<b>SIGNATURE :</b> Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
--	---	---	---



Caisse des Français de l'Étranger  
160 rue des Meuniers  
CS 70238 RUBELLES  
77052 MELUN Cedex

☎ depuis la France : 01 64 71 70 00  
☎ depuis l'étranger : +33 1 64 14 62 62  
Fax : +33 1 60 68 95 74  
Site Internet : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

L'assurance Accidents du Travail (AT) – Maladies Professionnelles (MP) de la CFE est une assurance volontaire du salarié qui en assume toutes les obligations et est régie par les articles R 762-30 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

## PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

**Zone 1**  
**EMPLOYEUR**

Précisez dans le cadre « nom, prénom, raison sociale... » la dénomination complète de l'entreprise ou de l'établissement, le n° de téléphone et l'adresse mail.

Complétez le cadre « lieu habituel de travail », si celui-ci est différent de celui de l'entreprise.

**Zone 2**  
**VICTIME**

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

- Ouvrier qualifié (OQ), précisez si possible la spécialité.
- Cadre, technicien, agent de maîtrise
- Employé
- Manœuvre
- Ouvrier spécialisé (OS), etc...

**Zones 3 et 4**  
**ACCIDENT**

LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT

- **Accident du travail :**  
Lieu de travail habituel (atelier ou chantier, exploitation agricole ou forestière)  
Lieu de travail occasionnel  
Lieu de l'accident si celui-ci est intervenu pendant un déplacement professionnel
- **Accident de trajet :**  
Indiquez la localité et le lieu précis où s'est produit l'accident  
Trajet aller, trajet retour entre :
  - d'une part le domicile et le lieu de travail
  - d'autre part le lieu où l'intéressé prend habituellement ses repas et le lieu de travail.

**N'hésitez pas à détailler les circonstances de l'accident du travail ou du trajet.**

**Si l'accident est causé par un tiers, joindre le questionnaire accident mis à disposition sur notre site internet [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr) après l'avoir complété et signé. Si un rapport de police a été établi, en joindre une copie.**  
**En cas de réserves de l'employeur, celles-ci doivent être détaillées et motivées. Elles ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail.**

**Zone 6**  
**CONSÉQUENCES**

SIEGE DES LÉSIONS	NATURE DES LÉSIONS	
- Tête	- Fracture	- Asphyxie
- Membres supérieurs	- Brûlure	- Commotion
- Membres inférieurs	- Gelure	- Présence d'un corps étranger
- Yeux	- Amputation	- Hernie
- Mains	- Plaies (coupures, écorchure, autres plaies..)	- Lumbago
- Pieds	- Piqûres	- Intoxication
- Tronc	- Contusion	- Dermite
- Sièges internes	- Inflammation	- Troubles visuels
- Etc...	- Entorse	- Troubles auditifs
	- Luxation	- Déchirure musculaire ou tendineuse
	- Lésions nerveuses	- Etc...

**N'omettez pas de joindre le certificat médical constatant et décrivant les lésions consécutives à l'accident.**

**Zone 7**  
**SALAIRE**

**N'omettez pas de compléter et d'adresser l'attestation patronale CFE en cas d'arrêt de travail.**