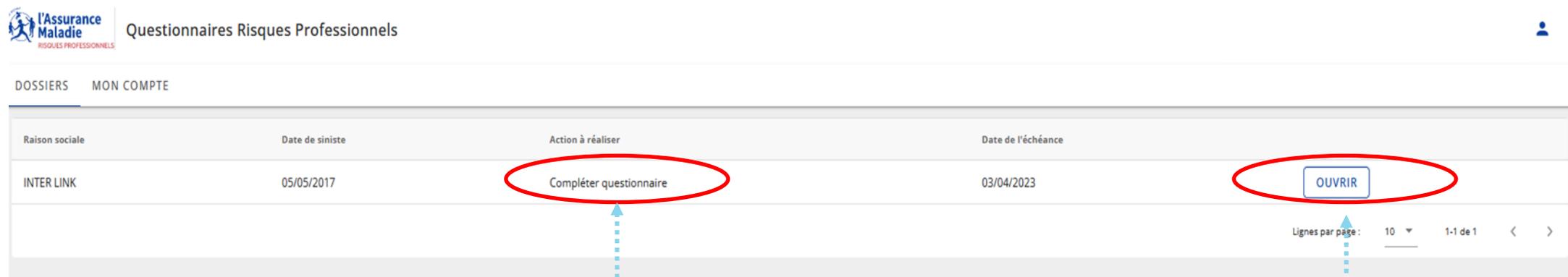


# Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (0)** : L'employeur se connecte sur son compte  
<https://questionnaires-risquepro.ameli.fr/login>



Raison sociale	Date de siniste	Action à réaliser	Date de l'échéance
INTER LINK	05/05/2017	Compléter questionnaire	03/04/2023

Lignes par page : 10 1-1 de 1

L'employeur arrive sur ses dossiers d'accident de travail et maladie professionnelles

Pour chaque dossier, il est indiqué quelle action est à réaliser

Pour rentrer dans un des dossier, l'employeur clique sur « ouvrir »

# Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (1)** : L'employeur consulte le tableau de bord de l'accident de travail

↓ TÉLÉCHARGER LE QUESTIONNAIRE VIERGE  
↓ TÉLÉCHARGER ATTESTATION TÉMOIN

### Dossier AT

Date de sinistre 05/05/2017	Numéro de sinistre 170505671	Date de mise en ligne 03/03/2023
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

### Statut du dossier

#### Informations

Vous pouvez répondre au(x) questionnaire(s) jusqu'au **03/04/2023**

#### Questionnaire(s)

 <sup>0/1</sup> Questionnaire INTER LINK : Questionnaire à compléter

### Mon action à réaliser

Questionnaire INTER LINK [+ RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE](#)

### Pièces jointes au dossier

Intitulé pièce jointe	Ajouté par	Ajouté le
 Certificat médical initial	Agent	03/03/2023
 Déclaration d'accident de travail	Agent	03/03/2023
 Réserve employeur	Agent	03/03/2023

### Employeur

Raison sociale INTER LINK	SIRET 519 094 684 00015	Adresse NIEDERWALD 67470 SELTZ
------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Il est rappelé ici la date et le numéro du sinistre

La rubrique « **statut du dossier** » indique l'étape en cours tout en indiquant la date butoir pour réaliser l'étape

Il est indiqué ici l'action à réaliser par l'employeur pour avancer dans le statut du dossier, ici l'employeur doit répondre au questionnaire

L'employeur peut consulter les pièces présentes au dossier

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-1)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

1 Identification — 2 Accident — 3 Pièce(s) — 4 Récapitulatif

**Personne à contacter pour ce dossier**

Numéro de téléphone

Email

**Service de Santé au Travail ou Médecin du travail**

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?

Oui Non

Continuer →

Pour débiter le questionnaire, l'employeur renseigne le numéro de téléphone et l'email de la personne à contacter pour ce dossier

L'employeur doit inscrire les coordonnées de son service de santé au travail ou du médecin du travail

Une fois complété, l'employeur clique sur « **Continuer** »



**A noter** : La complétion du questionnaire risques professionnels **doit être faite en une seule fois**, si l'employeur arrête au milieu de la démarche, il devra tout recommencer

# Compléter le questionnaire risques professionnels



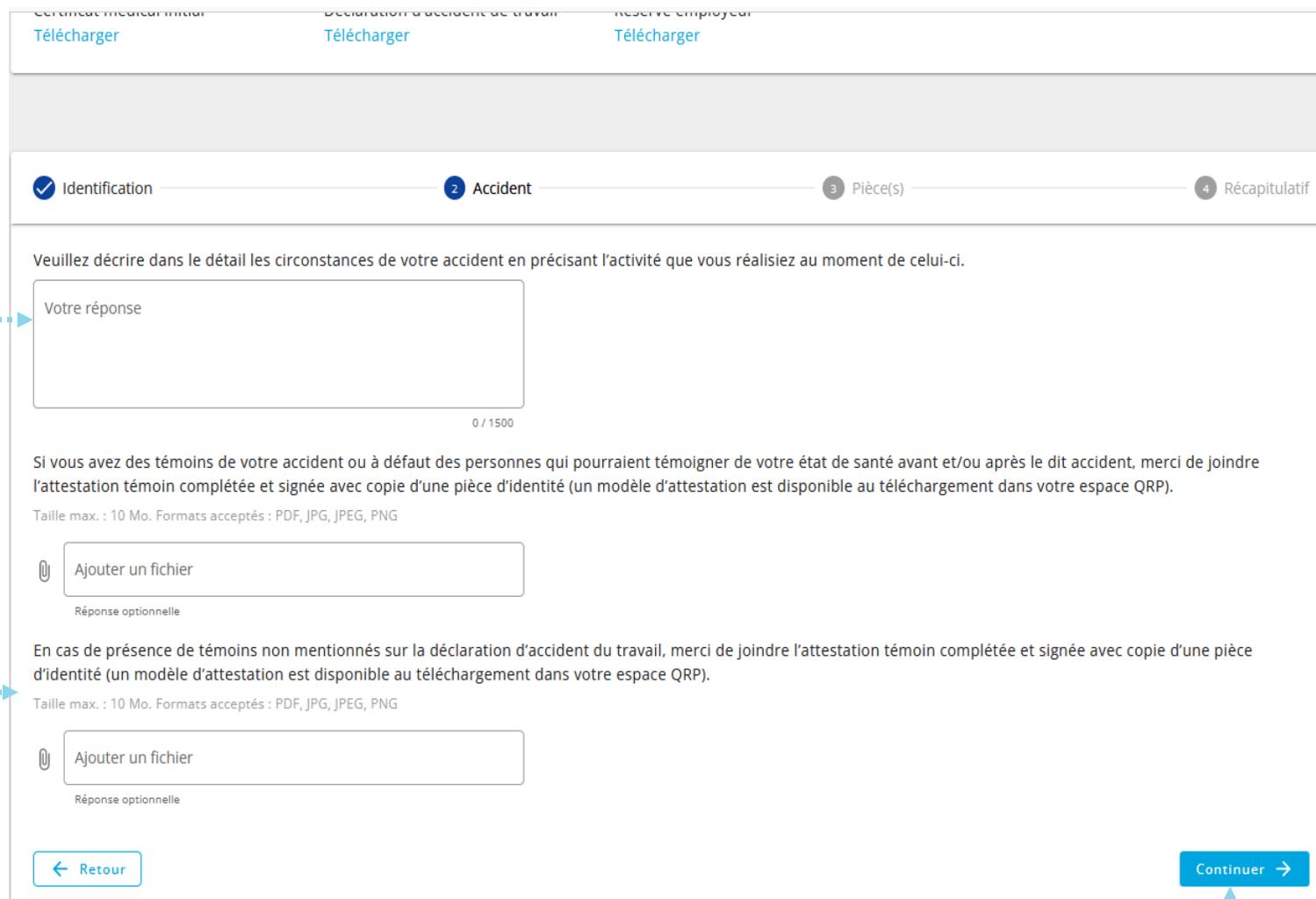
**ETAPE (2-2)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

L'employeur **explique l'accident** en 1500 caractères maximum

L'employeur peut ici joindre **une ou plusieurs attestations de témoins**.

Le modèle de l'attestation est disponible sur le tableau de bord.

Les documents à joindre **doivent respecter les formats acceptés** (PDF, JPG, JPEG ou PNG) et doivent avoir maximum **la taille de 10 Mo**



Certificat médical initial Télécharger

Déclaration d'accident de travail Télécharger

Reserve employeur Télécharger

1 Identification 2 Accident 3 Pièce(s) 4 Récapitulatif

Veuillez décrire dans le détail les circonstances de votre accident en précisant l'activité que vous réalisiez au moment de celui-ci.

Votre réponse

0 / 1500

Si vous avez des témoins de votre accident ou à défaut des personnes qui pourraient témoigner de votre état de santé avant et/ou après le dit accident, merci de joindre l'attestation témoin complétée et signée avec copie d'une pièce d'identité (un modèle d'attestation est disponible au téléchargement dans votre espace QRP).

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier

Réponse optionnelle

En cas de présence de témoins non mentionnés sur la déclaration d'accident du travail, merci de joindre l'attestation témoin complétée et signée avec copie d'une pièce d'identité (un modèle d'attestation est disponible au téléchargement dans votre espace QRP).

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier

Réponse optionnelle

Retour Continuer



**Il est impératif de joindre la copie de la pièce d'identité du témoin pour toute attestation de témoin produite.**

Une fois complété, l'employeur clique sur « **Continuer** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels

## **ETAPE (2-3)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

Identification  Accident  **3** Pièce(s)  4 Récapitulatif

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

 Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

 Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

 Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

[← Retour](#) [Enregistrer et prévisualiser →](#)

L'employeur peut ici joindre tout documents qu'il juge nécessaire en complément

Les documents à joindre **doivent respecter les formats acceptés** (PDF, JPG, JPEG ou PNG) et doit avoir maximum **la taille de 10 Mo**

Une fois complété, l'employeur clique sur « **Enregistrer et prévisualiser** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-4) :** L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

☑ Identification      ☑ Accident      ☑ Pièce(s)      4 Récapitulatif

**Personne à contacter pour ce dossier**

Numéro de téléphone  
0101010102

Email  
Test@test.fr

**Service de Santé au Travail ou Médecin du travail**

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?  
non

Veillez décrire dans le détail les circonstances de votre accident en précisant l'activité que vous réalisiez au moment de celui-ci.  
Test

Si vous avez des témoins de votre accident ou à défaut des personnes qui pourraient témoigner de votre état de santé avant et/ou après le dit accident, merci de joindre l'attestation...

↓ [piece\\_64020382998a73.2700208481bf6e0f3c.pdf](#)

En cas de présence de témoins non mentionnés sur la déclaration d'accident du travail, merci de joindre l'attestation témoin complétée et signée avec copie d'une pièce d'identité (u...)

↓ [piece\\_64020387552786.03238460c02447179a.png](#)

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)

↓ [piece\\_640204251ece57.89169724da710f24d0.png](#)

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

← Retour      Exporter document provisoire ↓      Transmettre à ma CPAM ✓

L'employeur vérifie les informations, puis l'employeur peut cliquer sur « **Transmettre à ma CPAM** »



**A noter :** Si l'employeur clique sur « **Retour** » il devra recommencer la saisie et à nouveau remettre les documents nécessaires et les attestations des témoins

L'employeur peut télécharger le document avant cliquer sur « **Transmettre à ma CPAM** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (2-4 bis)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

Identification ✓ Accident ✓ Pièce(s) ✓ 4 Récapitulatif

**Personne à contacter pour ce dossier**

Numéro de téléphone  
0101010102

Email  
Test@test.fr

**Service de Santé au Travail ou Médecin du travail**

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?  
non

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire à votre dossier.  
Veuillez décrire dans le détail les circonstances de l'accident.  
Test

Si vous avez des témoins de votre accident ou de votre maladie professionnelle, veuillez les informer par écrit et leur faire signer avec copie d'une pièce d'identité (ou d'un document officiel) le formulaire de déclaration d'accident, merci de joindre l'attestation...

↓ [piece\\_64020382998a73.2700208481bf6e0f3](#)

En cas de présence de témoins non mentionnés, veuillez leur faire signer avec copie d'une pièce d'identité (ou d'un document officiel) le formulaire de déclaration d'accident, merci de joindre l'attestation...

↓ [piece\\_64020387552786.03238460c0244717](#)

↓ [piece\\_640204251ece57.89169724da710f2400.png](#)

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Retour

Exporter document provisoire ↓

Transmettre à ma CPAM ✓

## Rappel

Conformément aux CGU, toutes les pièces transmises à l'appui du questionnaire seront portées à la connaissance de votre salarié ou de votre employeur.

Il est rappelé qu'aucune pièce à caractère médical ne doit être transmise via ce téléservice. A défaut, le secret médical sera considéré comme levé et la responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne saurait être engagée conformément aux CGU.

Annuler

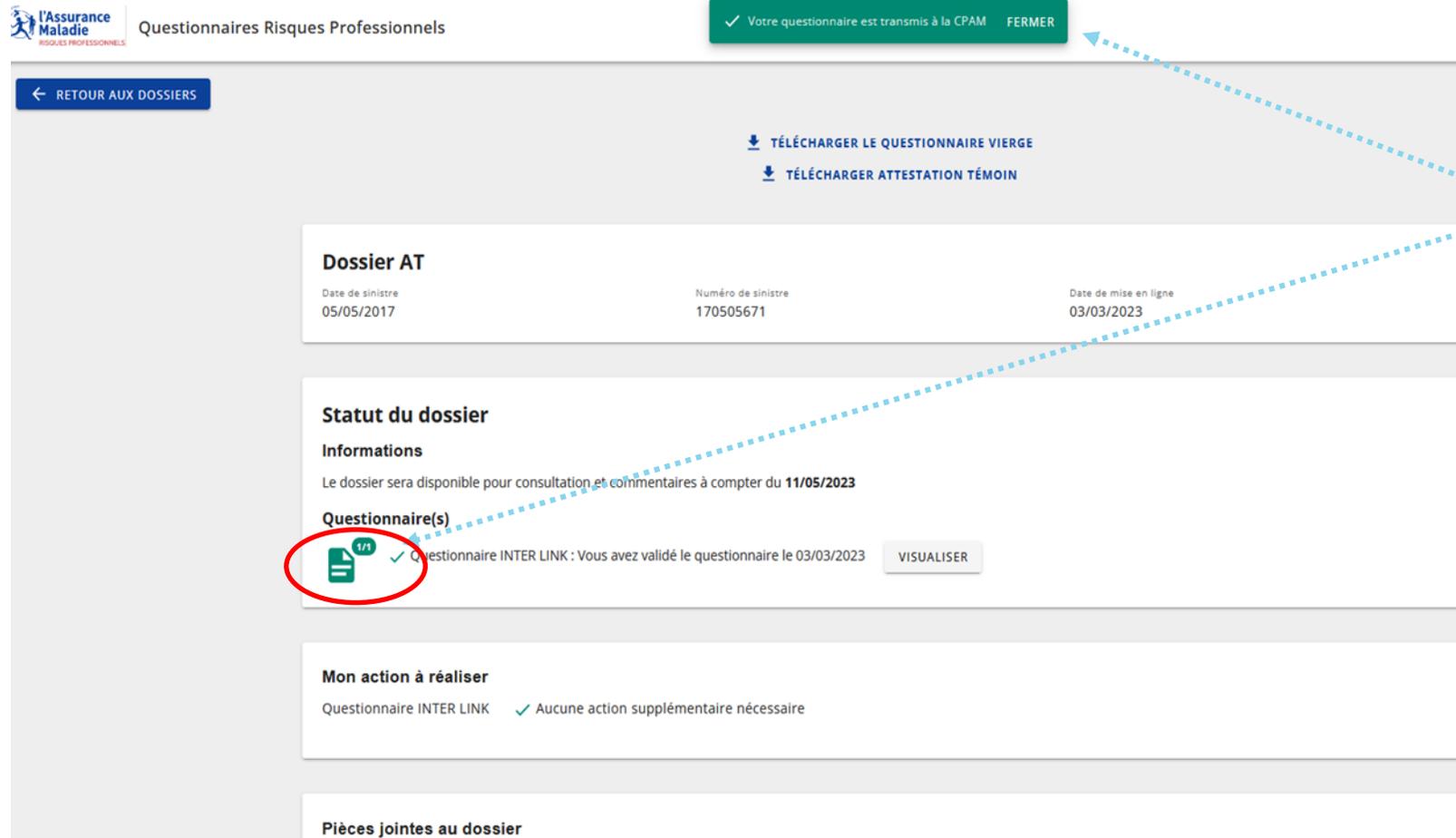
Valider

Avant l'envoi, il est rappelé à l'employeur que les documents transmis de doivent pas être à caractère médical comme expliqué dans les CGU

Une fois le rappel pris en compte, l'employeur clique sur « **Valider** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (3)** : L'employeur reçoit la confirmation de l'envoi du questionnaire à la CPAM



**Questionnaires Risques Professionnels**

✓ Votre questionnaire est transmis à la CPAM **FERMER**

[← RETOUR AUX DOSSIERS](#)

[TÉLÉCHARGER LE QUESTIONNAIRE VIERGE](#)

[TÉLÉCHARGER ATTESTATION TÉMOIN](#)

Dossier AT		
Date de sinistre	Numéro de sinistre	Date de mise en ligne
05/05/2017	170505671	03/03/2023

**Statut du dossier**

**Informations**

Le dossier sera disponible pour consultation et commentaires à compter du **11/05/2023**

**Questionnaire(s)**

 1/1	✓ Questionnaire INTER LINK : Vous avez validé le questionnaire le 03/03/2023	<a href="#">VISUALISER</a>
--	--	----------------------------

**Mon action à réaliser**

Questionnaire INTER LINK ✓ Aucune action supplémentaire nécessaire

**Pièces jointes au dossier**

Une fois le questionnaire transmis, l'employeur peut voir la confirmation de la transmission du questionnaire à la CPAM