

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
Notice d'utilisation à détacher

Madame, Monsieur,

- Vous êtes chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, vous ou votre collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole (conjoint, concubin ou pacsé), ou votre aide familial, ou votre associé d'exploitation,
- ou un enfant de 14 ans et plus,
- ou vous êtes cotisant solidaire,
- et vous avez été victime d'un accident du travail

Remplissez très lisiblement le formulaire à l'aide des indications suivantes :

IMPORTANT - FORMALITÉS

Vous devez déclarer cet accident, dans les huit jours à compter de sa survenance, à la caisse de MSA à laquelle vous êtes affilié à l'aide du formulaire ci-joint. Si vous ne respectez pas ce délai, vous vous exposez à une sanction prévue aux articles L.752-24 et D.752-65 du Code rural et de la Pêche maritime.

Vous devez lui adresser les trois premiers volets de ce formulaire, dans le délai de HUIT JOURS à compter de la date de l'accident. Le dernier volet est à conserver par vos soins.

Vous devez signaler au praticien qui constate la lésion qu'il s'agit d'un accident du travail ou de trajet professionnel. Le certificat médical initial et la première feuille de soins doivent être adressés par lui à votre caisse de MSA à laquelle auquel vous êtes affilié.

Pour pouvoir bénéficier de la dispense d'avance des frais de soins, vous devez demander à votre organisme gestionnaire une feuille d'accident du travail laquelle vous sera remise sur présentation de la déclaration d'accident du travail ou du certificat médical initial établi par votre médecin traitant.

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

La nature de l'activité et le code activité sont ceux dans lesquels le chef d'exploitation ou d'entreprise ou cotisant solidaire a été classé pour sa catégorie de risque au titre de l'ATEXA.

Indiquez le numéro d'immatriculation (n° INSEE), les noms, prénoms et adresse du chef d'exploitation ou d'entreprise, ou cotisant solidaire

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

Précisez le numéro d'immatriculation (n° INSEE) et l'ensemble de ses coordonnées, en particulier son adresse personnelle si elle est différente de celle de l'exploitation ou d'entreprise.

ACCIDENT

1. CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez comment l'accident s'est produit (glissade, heurt, etc.) et ce que faisait la victime au moment de celui-ci (travail sur une machine, manutention, abattage d'arbres, etc.).

2. SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu le côté droit ou gauche.

3. NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de fracture, brûlure, entorse, luxation, gelure, présence d'un corps étranger, amputation, plaies, piqûre, contusion, inflammation, asphyxie, commotion, hernie, lumbago, intoxication, troubles visuels, auditifs, déchirures musculaires ou tendineuses, lésions nerveuses, etc. ...

4. LIEU OU A ÉTÉ TRANSPORTÉE LA VICTIME

Précisez hôpital, clinique de ...

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.
Nous vous en remercions.

Aux termes de l'article 313-2 5° du code pénal, sont qualifiées d'escroquerie et punissables de peines de sept ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende les fraudes commises au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu (portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée).
Par ailleurs, l'article 441-6 2ème alinéa du même code sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la fourniture volontaire d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement d'un avantage indu.

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) _____ Code d'activité de l'entreprise (1) _____
 N° d'immatriculation (1) _____
 Nom de famille, prénoms _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____
 Téléphone : _____

Catégorie de risque de l'exploitation : _____
 Type d'accident : _____
 Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ sexe (2) F M
 Prénoms _____
 Adresse (1) _____
 Code postal _____ Commune _____
 Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)
 Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ? _____
 Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2)
 Depuis plus d'un an (2) Précisez : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut : _____
 Circulation routière : _____
 Lieu de l'AT : _____
 Activité : _____
 Tâche : _____

ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non
SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez : _____
 Entraide Lieu du chantier
 Localité, lieu-dit _____ Lieu précis (Champs, forêt, route, bâtiment, ...)
SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non
 Indiquez où l'accident est survenu _____
 Point de départ du trajet _____
 Point d'arrivée du trajet _____
 Circonstances détaillées de l'accident (1) _____
 Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)
 Siège des lésions (1) _____ Nature des lésions (1) _____
 Lieu où a été transportée la victime (1) _____
 Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

Élément matériel : _____
 Mouvement accidentel : _____
 Problème : _____
 Siège des lésions : _____
 Nature des lésions : _____
 Recours : _____
 Conséquences des lésions : _____

TEMOINS

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____
 Prénoms _____ Prénoms _____
 Adresse _____ Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____ Code postal _____ Commune _____
 Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non
 Si oui, nom et adresse du tiers _____
 Société d'assurance du tiers _____

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____
 Prénoms _____ Qualité _____
 Fait à _____ Le _____ Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) Code d'activité de l'entreprise (1)

N° d'immatriculation (1)

Nom de famille, prénoms

Adresse

Code postal Commune

Téléphone :

Catégorie de risque de l'exploitation :

Type d'accident :

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) Date de naissance

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) sexe (2) F M

Prénoms

Adresse (1)

Code postal Commune

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)

Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ?

Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2) Depuis plus d'un an (2) Précisez :

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut :

Circulation routière :

Lieu de l'AT :

Activité :

Tâche :

ACCIDENT

Date de l'accident Heure S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non

SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez :

Entraide Lieu du chantier

Localité, lieu-dit Lieu précis
(Champs, forêt, route, bâtiment, ...)

SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non

Indiquez où l'accident est survenu

Point de départ du trajet

Point d'arrivée du trajet

Circonstances détaillées de l'accident (1)

Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)

Élément matériel :

Mouvement accidentel :

Problème :

Siège des lésions :

Nature des lésions :

Recours :

Conséquences des lésions :

Siège des lésions (1) Nature des lésions (1)

Lieu où a été transportée la victime (1)

Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

TEMOINS

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)

Prénoms Prénoms

Adresse Adresse

Code postal Commune Code postal Commune

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ?

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers

Société d'assurance du tiers

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)

Prénoms Qualité

Fait à Le Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) _____ Code d'activité de l'entreprise (1) _____
 N° d'immatriculation (1) _____
 Nom de famille, prénoms _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____
 Téléphone : _____

Catégorie de risque de l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ sexe (2) F M
 Prénoms _____
 Adresse (1) _____
 Code postal _____ Commune _____
 Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)
 Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ? _____
 Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2)
 Depuis plus d'un an (2) Précisez : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'AT : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Conséquences des lésions : _____

ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non
SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez : _____
 Entraide Lieu du chantier
 Localité, lieu-dit _____ Lieu précis _____
SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non (Champs, forêt, route, bâtiment, ...)
 Indiquez où l'accident est survenu _____
 Point de départ du trajet _____
 Point d'arrivée du trajet _____
 Circonstances détaillées de l'accident (1) _____
 Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)

Siège des lésions (1) _____ Nature des lésions (1) _____
 Lieu où a été transportée la victime (1) _____
 Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

TEMOINS

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____
 Prénoms _____ Prénoms _____
 Adresse _____ Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____ Code postal _____ Commune _____
 Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non
 Si oui, nom et adresse du tiers _____
 Société d'assurance du tiers _____

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____
 Prénoms _____ Qualité _____
 Fait à _____ Le _____ Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (1) Code d'activité de l'entreprise (1)
N° d'immatriculation (1)
Nom de famille, prénoms
Adresse
Code postal Commune
Téléphone :

Catégorie de risque de l'exploitation :
Type d'accident :
Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) Date de naissance
Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) sexe (2) F M
Prénoms
Adresse (1)
Code postal Commune
Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)
Dans le cadre de quelle activité l'accident est-il survenu ?
Depuis quand cette activité est-elle exercée ? Depuis moins d'un an (2)
Depuis plus d'un an (2) Précisez :
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? (2) Oui Non

Code statut :
Circulation routière :
Lieu de l'AT :
Activité :
Tâche :

ACCIDENT

Date de l'accident Heure S'agit-il d'un accident sur le lieu de travail ? (2) Oui Non
SI OUI, précisez (2) : Lieu d'exploitation Lieu de l'établissement Autres, précisez :
 Entraide Lieu du chantier
Localité, lieu-dit Lieu précis (Champs, forêt, route, bâtiment, ...)
SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non
Indiquez où l'accident est survenu
Point de départ du trajet
Point d'arrivée du trajet
Circonstances détaillées de l'accident (1)
Activité et tâche de la victime (indiquez le cas échéant l'appareil, la machine, le moyen de locomotion utilisé, ...)
Siège des lésions (1) Nature des lésions (1)
Lieu où a été transportée la victime (1)
Conséquences (2) sans arrêt de travail avec arrêt de travail hospitalisation décès

Élément matériel :
Mouvement accidentel :
Problème :
Siège des lésions :
Nature des lésions :
Recours :
Conséquences des lésions :

TEMOINS

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)
Prénoms Prénoms
Adresse Adresse
Code postal Commune Code postal Commune
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) Oui Non SI OUI, par quelle brigade ou quel commissariat ?

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? (2) Oui Non
Si oui, nom et adresse du tiers
Société d'assurance du tiers

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)
Prénoms Qualité
Fait à Le Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante