



N° en cours

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Notice d'utilisation à détacher

Madame, Monsieur,

Vous êtes chef d'exploitation ou d'entreprise, vous ou votre conjoint, votre aide familial, ou votre associé d'exploitation, ou un enfant de 14 ans et plus, 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 à l'organisme gestionnaire de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles (la MSA ou le groupement d'assureurs) auquel vous êtes affilié à l'aide du formulaire ci-joint.

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 organisme gestionnaire de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles (la MSA ou le groupement d'assureurs) 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

La nature de l'activité et le code activité sont ceux dans lesquels le chef d'exploitation ou d'entreprise a été classé pour sa catégorie de risque au titre de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles.

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

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 des articles L 752-8 du Code rural et L 471-3 du Code de la sécurité sociale, est puni d'une amende de 3 750 Euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.



DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES



N° en cours

RÉSERVÉ ORGANISME
GESTIONNAIRE

N° Accident du Travail :

Code organisme :

Article L752-24 du Code Rural

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

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

N° d'immatriculation (1) _____

Nom, prénoms (1) _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

RÉSERVÉ MSA

Catégorie de risque de
l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

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

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 : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom (1) _____ Prénoms _____ sexe (2) F M

Nom d'épouse _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, conjoint, aide familial, enfant, ...)

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

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

TEMOINS

Nom, prénoms _____	Nom, prénoms _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal _____ Commune _____	Code postal _____ Commune _____
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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,

Nom, prénom _____

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



RÉSERVÉ ORGANISME
GESTIONNAIRE

N° Accident du Travail :

Code organisme :

Article L752-24 du Code Rural

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

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

N° d'immatriculation (1) _____

Nom, prénoms (1) _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

RÉSERVÉ MSA

Catégorie de risque de
l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

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

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 : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom (1) _____ Prénoms _____ sexe (2) F M

Nom d'épouse _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, conjoint, aide familial, enfant, ...)

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

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

TEMOINS

Nom, prénoms _____	Nom, prénoms _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal _____ Commune _____	Code postal _____ Commune _____
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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,

Nom, prénom _____

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



N° en cours

RÉSERVÉ ORGANISME
GESTIONNAIRE

N° Accident du Travail :

Code organisme :

Article L752-24 du Code Rural

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

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

N° d'immatriculation (1) _____

Nom, prénoms (1) _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

RÉSERVÉ MSA

Catégorie de risque de
l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

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

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 : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom (1) _____ Prénoms _____ sexe (2) F M

Nom d'épouse _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, conjoint, aide familial, enfant, ...)

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

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

TEMOINS

Nom, prénoms _____	Nom, prénoms _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal _____ Commune _____	Code postal _____ Commune _____
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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,

Nom, prénom _____

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



RÉSERVÉ ORGANISME
GESTIONNAIRE

N° Accident du Travail :

Code organisme :

A CONSERVER

Article L752-24 du Code Rural

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

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

N° d'immatriculation (1) _____

Nom, prénoms (1) _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

RÉSERVÉ MSA

Catégorie de risque de
l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

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

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 : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom (1) _____ Prénoms _____ sexe (2) F M

Nom d'épouse _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, conjoint, aide familial, enfant, ...)

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

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

TEMOINS

Nom, prénoms _____	Nom, prénoms _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal _____ Commune _____	Code postal _____ Commune _____
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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,

Nom, prénom _____

Qualité _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

Fait à _____

Le _____

Signature :