

**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 : \_\_\_\_\_

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 (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 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

