

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

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 : _____

Code organisme : _____

RÉSERVÉ MSA

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 (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

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 _____
SI NON, s'agit-il d'un accident de trajet ? (2) Oui Non
(Champs, forêt, route, bâtiment, ...)

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Indiquez où l'accident est survenu _____
 Point de départ du trajet _____
 Point d'arrivée du trajet _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

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, ...) _____

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, prénoms _____ Adresse _____ Code postal _____ Commune _____
 Nom, prénoms _____ Adresse _____ 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,

Fait à _____

Nom, prénom _____

Le _____

Qualité _____

Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

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 : _____

Code organisme : _____

RÉSERVÉ MSA

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 (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

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

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 _____

Activité : _____
 Tâche : _____
 Éléments matériels : _____

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, ...) _____

Mouvement accidentel : _____
 Problème : _____

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

Siège des lésions : _____
 Nature des lésions : _____
 Recours : _____

TEMOINS

Nom, prénoms _____ Adresse _____ Code postal _____ Commune _____
 Nom, prénoms _____ Adresse _____ 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,

Fait à _____

Nom, prénom _____

Le _____

Qualité _____

Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

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 : _____

Code organisme : _____

RÉSERVÉ MSA

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 (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

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 _____
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 _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Conséquences des lésions : _____

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 _____ Adresse _____ Code postal _____ Commune _____
 Nom, prénoms _____ Adresse _____ 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,

Fait à _____

Nom, prénom _____

Le _____

Qualité _____

Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

