

Article L752-24 du Code Rural

## 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, 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, 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

## 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, 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, ou le cotisant solidaire.

Fait à

Nom, prénom

Le

Qualité

Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante



Article L752-24 du Code Rural

## 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, prénoms (1) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal □□□□□ Commune \_\_\_\_\_

Téléphone : □□□□□□□□□□

## 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, 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

## 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)  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.

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**

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, 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 à l'organisme gestionnaire de l'Assurance accidents du travail et des maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA) 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'AAEXA 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 des articles L 752-8 du Code rural et L 114-13 du Code de la sécurité sociale, est puni d'une amende de 5000 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 allocations de toute nature qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.