

# Déclarer et gérer un accident du travail (DAT)

MSA de Picardie > **Mes services pro en ligne**

- Mon espace privé
- Mes services pro en ligne**
- Mes services et articles préférés
- Mes informations personnelles
- Contactez-nous

**Mes services pro en ligne**

- Mes factures et règlements**
  - > Régler mes factures
  - > Gérer mes comptes de télépaiement (SCT)
  - > Déclarer et télérégler mon bordereau de versement mensuel (BVM)
  - > Consulter mes factures d'assurances sociales
- Tous mes documents**
  - > Mes derniers documents
  - > Echanger des fichiers avec la MSA (hors DS)
- Mon exploitation**
  - > Consulter mon relevé parcellaire
- Mes salariés**
  - Déclaration TESA**
    - > Effectuer un Titre d'Emploi Simplifié Agricole (embauche et salaire) (TESA)
  - Déclarer**
    - Déclaration d'embauche**
      - > Effectuer une Déclaration Préalable À l'Embauche (DPAE)
    - Déclaration de salaires**
      - > Effectuer une déclaration de salaires (DS)
      - > Transférer le fichier déclaration de salaires (SEF DS)
    - > Déclarer une modification des données du contrat de travail (MDC)
  - Accidents du travail / maladie**
    - > Déclarer et gérer un accident du travail salarié (DAT)
    - > Déclarer des salaires pour les paiements des Indemnités journalières (Hors AT)
  - Gestion générale**
    - > Déclarer le changement d'adresse postale de mon entreprise

Cliquez sur « Mes services pro en ligne » et sélectionnez « Déclarer et gérer un accident du travail salarié (DAT) »

## Déclaration d'Accident du Travail

Un salarié de votre exploitation (ou de votre entreprise) agricole vient d'être victime d'un accident du travail.

Vous pouvez déclarer par internet cet accident à la caisse de mutualité sociale agricole dont vous relevez, en vous laissant guider.

N'hésitez pas à consulter le mode d'emploi.

**NOUVEAUTE !** Dans le cas d'une subrogation l'attestation de salaire est désormais transmise automatiquement à votre MSA.

## Consulter

➤ Mode d'emploi

## Saisir

- Déclarer un accident du travail
- Effectuer une attestation de salaire
- Effectuer une attestation de reprise de travail
- Emettre des réserves sur un accident du travail déclaré

## Rechercher

- Une déclaration préalablement effectuée sur ce site  
Pour visualiser une déclaration envoyée.

➤ Retour à l'accueil

Cliquez sur « Déclarer un accident du Travail » pour commencer la saisie de votre déclaration.

Formulaire de saisie Employeur.  
(Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires).

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

### Employeur

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

Entreprise déclarante :	44047313000019	Adresse email :	lacaze.florence@msa40.msa.fr
Entreprise déclarée :	44047313000019	Téléphone :	<input type="text"/>
Nom, Prénom ou dénomination :	QUEST EDITION		
Adresse * :	<input type="text"/>		

Formulaire de saisie Victime.  
(Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires).

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

### Victime

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

Nom de naissance * :	<input type="text"/>	Prénoms * :	<input type="text"/>
Nom d'usage ou marital :	<input type="text"/>	Sexe * :	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
N° d'immatriculation :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Nationalité * :	<input type="text"/>	Lieu de naissance * :	<input type="text"/>
Autre nationalité :	<input type="text"/>		

---

Tél :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nom de voie :
Complément :	<input type="text"/>		
Code postal * :	<input type="text"/>	Ville * :	<input type="text"/>

---

Secteur professionnel :	<input type="text"/>		
Date d'embauche * :	<input type="text"/>	Heure d'embauche :	<input type="text"/>
Qualification professionnelle :	<input type="text"/>		
Autre qualification :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>
Ancienneté dans le poste :	<input type="text"/>		
L'accident a-t-il fait d'autres victimes * ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

## Formulaire de saisie Accident (Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires).

### Accident

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

Date \* :  Heure \* :   
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident \* :  à  et de  à   
Lieu de l'accident \* :   
Localité \* :   
Lieu précis \* :   
Autre lieu :   
Circonstances détaillées de l'accident \* :   
Tâches de la victime au moment de l'accident \* :   
Siège des lésions \* :  Nature des lésions :   
Autre lésion :  Autre nature :   
Lieu où a été transportée la victime :   
 Accident constaté \*      le \* :  à   
 Accident connu \*      par :   
 Accident inscrit au registre des accidents bénins \*      sous le n° :   
Conséquences :       sans arrêt de travail     avec arrêt de travail     décès     non connues à ce jour

## Formulaire de saisie Témoins. (Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires).

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

### Témoins

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

Nom, prénom :     
Adresse :     
Un rapport de police a-t-il été établi \* ?  Oui  Non      Par qui ? :

## Formulaire de saisie Tiers. (Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires)

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

### Tiers

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

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

## Formulaire de saisie Déclarant. (Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires)

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

### Déclarant

Les champs suivis du symbole \* sont obligatoires.

Si le déclarant n'est pas l'employeur : Nom, Prénom :

Qualité :

Fait à \* :

Le : 04/01/2008

Précédent

Suivant

### Confirmation d'envoi

Ce formulaire va être adressé à la **MSA 33-Gironde**.

Il sera enregistré sous le numéro **DAT\_20080104\_33\_44047313000019\_44047313000019\_073622**.

Si vous le souhaitez, vous pouvez  visualiser votre déclaration avant de l'envoyer afin de vérifier votre saisie.

Envoyer

Précédent

Vérifier l'exactitude du département de MSA et Envoyer le formulaire.



## DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

Ce document est un aperçu de votre déclaration  
Vous ne l'avez pas encore envoyé à votre MSA.

### Employeur

### OUEST EDITION

Entreprise déclarante :

**44047313000019**

Adresse email :

**gimond.philippe@agora.msa.fr**

Entreprise déclarée :

**44047313000019**

Téléphone :

Nom, Prénom ou dénomination :

**OUEST EDITION**

Adresse :

**gty**

### Victime

### dg dg

Nom de naissance :

**dg**

Prénoms :

**dg**

Nom d'usage ou marital :

Sexe :

**Masculin**

N° d'immatriculation :

Date de naissance :

**01/01/1901**

Nationalité :

**Américaine**

Lieu de naissance :

**dg**

Adresse :

Tél :

**94984 wdfgd**

Fermer

### Accusé d'envoi

Nous avons bien reçu votre déclaration pour l'entreprise : **44047313000019**.  
le **04/01/2008** à 07 heures 37 minutes.

Elle concerne le salarié : **sss ss**, né(e) le **17/06/1953**.

Elle est enregistrée sous le numéro : **DAT\_20080104\_33\_44047313000019\_44047313000019\_073744**.

#### Vous pouvez :

- Visualiser le formulaire DAT
- Visualiser la feuille d'accident du travail
- Emettre des réserves sur le caractère professionnel de l'accident déclaré
- Saisir une attestation de salaire



## DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

Article 1er du décret n°600 du 29 juin 1973

Ce document a été transmis à la MSA de : 01-Ain le 01/04/2004 à 17 heures et 05 minutes  
où il a été référencé sous le numéro : DAT\_20040401\_01\_12345678912345\_12345678136844\_170504

### Employeur

**Jean Louis Dupont  
Martin**

Entreprise déclarante :	<b>12345678912345</b>	Adresse email :	<b>toto@titi.com</b>
Entreprise déclarée :	<b>12345678136844</b>	Téléphone :	
Nom, Prénom ou dénomination :	<b>Jean Louis Dupont Martin</b>		
Adresse :	<b>2 rue du palace Libourne</b>		

### Victime

**dupont jean-Louis**

Nom de naissance :	<b>dupont</b>	Prénoms :	<b>jean-Louis</b>
Nom d'usage ou marital :	<b>durand</b>	Sexe :	<b>Masculin</b>
N° d'immatriculation :		Date de naissance :	<b>01/01/1978</b>
Nationalité :	<b>Danoise</b>	Lieu :	<b>paris</b>
Adresse :	<b>12 Avenue boulevard 45236 paris</b>		
Tél :			
Secteur professionnel :	<b>Artisan rural</b>	Heure d'embauche :	<b>08:00</b>
Date d'embauche :	<b>01/01/2004</b>	Profession :	
Qualification professionnelle :	<b>Agent de maîtrise</b>		
Ancienneté dans le poste :			
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non		

### Accident

Date :	<b>01/04/2004</b>	Heure :	<b>09:00</b>
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident :	<b>08:00 à 12:00 et de 18:00 à 19:00</b>		
Lieu de l'accident :	<b>Au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas</b>		
Localité :	<b>paris</b>		
Lieu précis :	<b>Bureau, local informatique</b>		
Circonstances détaillées de l'accident :	<b>kdjhg hsg jshgd I</b>		
Tâches effectuées par la victime au moment de l'accident :	<b>omjh dms s fljm</b>	Nature des lésions :	<b>Commotion</b>
Siège des lésions :	<b>Main gauche</b>		
Lieu où a été transportée la victime			
<input checked="" type="radio"/> Accident constaté		le :	<b>01/04/2004 à 10:00</b>
<input type="radio"/> Accident connu		Par :	<b>décrit par la victime</b>
<input type="radio"/> Accident inscrit au registre des accidents bénins		sous le n° :	
Conséquences :	<input checked="" type="radio"/> sans arrêt de travail <input type="radio"/> avec arrêt de travail <input type="radio"/> décès		

## Témoins

Nom, prénom :

Adresse :

Un rapport de police a-t-il été établi ?  Oui  Non

Par qui ?

## Tiers

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

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers :

## Déclarant

Si le déclarant n'est pas l'employeur

Nom, Prénom :

Qualité :

Fait à : **mulhouse**

Le : **01/04/2004**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant le travailleur auprès des organismes concernés. Les déclarations inexactes peuvent dans certains cas exposer leurs auteurs à des sanctions pénales.

Cette page permet à l'utilisateur d'afficher la feuille de maladie destinée à la victime.  
Aucune information n'est modifiable par l'utilisateur.



## FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Dont la délivrance est obligatoire (article 1164 du code rural) sous peine de sanctions.

**Employeur** **Jean Louis Dupont  
Martin**

N° d'adhérent : **12345678136844**  
Nom, Prénom ou dénomination : **Jean Louis Dupont Martin**  
Adresse de l'établissement : **2 rue du palace Libourne**

**Victime** **dupont jean-Louis**

Nom de naissance : **dupont** Prénoms : **jean-Louis**  
Nom d'usage ou marital : **durand**  
N° d'immatriculation :  
Adresse : **12 Avenue boulevard  
45236 paris**

### Accident ou Maladie professionnelle

Accident du travail

Maladie professionnelle

Date : **01/04/2004**

Date de la 1ère constatation médicale :

Rechute du :

Rechute du :

Nature des lésions : **Commotion**

Siège des lésions : **Main gauche**

### Déclarant

Si le déclarant n'est pas l'employeur :

Nom, Prénom :

Qualité :

Fait à : **mulhouse**

Le : **01/04/2004**