msa santé famille retraite services

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

cerfa 12578*02

Article L752-24 du Code Rural

RÉSERVÉ ORGANISME GESTIONNAIRE
N° Accident du Travail :
Code organisme :

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 :
Elément 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 *(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
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, ou le cotisant solidaire.
Fait à
Nom, prénom Le
Qualité Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation *(2) Cocher la case correspondante*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

msa santé famille retraite services

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

cerfa 12578*02

Article L752-24 du Code Rural

RÉSERVÉ ORGANISME GESTIONNAIRE
N° Accident du Travail :
Code organisme :

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 :
Elément 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 *(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
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, ou le cotisant solidaire.
Fait à
Nom, prénom Le
Qualité Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation *(2) Cocher la case correspondante*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

msa santé famille retraite services

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

cerfa 12578*02

Article L752-24 du Code Rural

RÉSERVÉ ORGANISME GESTIONNAIRE
N° Accident du Travail :
Code organisme :

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
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, ou le cotisant solidaire.
Nom, prénom
Qualité
Fait à
Le
Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation *(2) Cocher la case correspondante*

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 :
Elément matériel :
Mouvement accidentel :
Problème :
Siège des lésions :
Nature des lésions :
Recours :
Conséquences des lésions :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

msa santé famille retraite services

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

cerfa 12578*02

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 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
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

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 :
Elément matériel :
Mouvement accidentel :
Problème :
Siège des lésions :
Nature des lésions :
Recours :
Conséquences des lésions :

Si le déclarant n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise, ou le cotisant solidaire.
Nom, prénom
Qualité

Fait à
Le
Signature :

(1) Se reporter à la notice d'utilisation *(2) Cocher la case correspondante*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.