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

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.

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

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.

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

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.

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.