

ACCIDENTS DES SALARIÉS AGRICOLES



DÉCLARATION D'ACCIDENT	
DU TRAVAIL <input type="checkbox"/>	DE TRAJET <input type="checkbox"/>



Notice d'utilisation à détacher

Madame, Monsieur,

Un salarié de votre exploitation ou entreprise agricole vient d'être victime d'un accident du travail ou d'un accident de trajet (cochez la case correspondante). Vous devez :

- **fournir à la victime** une feuille d'accident du travail 103 ATA, dûment remplie,
- **déclarer cet accident à la caisse de Mutualité sociale agricole** dont vous relevez, à l'aide du formulaire 100 ATA, ci-joint.

Veillez adresser à la caisse de Mutualité sociale agricole les trois premiers volets de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC DEMANDE D'AVIS DE RECEPTION, 48 HEURES au plus tard après avoir eu connaissance de l'accident ; vous devez conserver le 4^e volet.

Si le salarié victime de l'accident du travail est mis à disposition de votre entreprise, par une entreprise de Travail Temporaire, ou par un groupement d'employeurs, l'entreprise utilisatrice doit remplir les rubriques «ENTREPRISE UTILISATRICE» ainsi que les rubriques «VICTIME», «ACCIDENT», «TÉMOIN(S)» ou «PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE» et «TIERS». L'entreprise de travail temporaire doit remplir la rubrique «EMPLOYEUR». Il incombe à l'entreprise utilisatrice de communiquer la déclaration dans les 24 heures à l'entreprise de travail temporaire par lettre recommandée. L'entreprise de travail temporaire doit transmettre la déclaration complétée à la Caisse de MSA dans les mêmes délais par lettre recommandée.

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Dans le cas d'un accident avec ARRÊT DE TRAVAIL, veuillez remplir immédiatement L'ATTESTATION DE SALAIRE 102 ATA ET VEUILLEZ LA RETOURNER À LA CAISSE DE MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE.

EMPLOYEUR

Veillez indiquer l'adresse à laquelle toute correspondance doit vous être envoyée.

VICTIME

Veillez indiquer le nom de famille suivi s'il y a lieu du nom d'usage.

Veillez indiquer la qualification professionnelle : cadre, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié, ouvrier non qualifié, apprenti ou stagiaire.

Veillez indiquer la date d'embauche (*cette mention doit être impérativement remplie*)

ACCIDENT

1. CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Veillez indiquer la date et l'heure de l'accident ainsi que les horaires de travail effectués ce jour par la victime ;
Veillez préciser ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, abattage d'arbre, ...), comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, ...), avec quel élément (outil, machine, animal, produit ...), avec qui elle travaillait.
Veillez mentionner le lieu précis de l'accident (forêt, champ, atelier, voie de circulation routière, ...) et le type de chantier.

2. SIÈGE DES LÉSIONS

Veillez préciser 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

Veillez préciser 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

Veillez préciser le nom de l'hôpital, clinique de N'hésitez pas à nous fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.

5. RESERVES ÉVENTUELLES

Ces réserves ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (article D751-11 du Code rural et de la pêche maritime).

Aux termes de l'article L 751 - 26 du Code rural et de la pêche maritime et de l'article R 471-3 du Code de la Sécurité sociale, sont passibles d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration de l'accident à la caisse de Mutualité sociale agricole dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la caisse de Mutualité sociale agricole peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites par elle au profit de la victime, à l'occasion de l'accident (articles L 751 - 36 et L 751 - 37 du Code rural et de la pêche maritime).

Aux termes de l'article L 751 - 40 du Code rural et de la pêche maritime, les pénalités financières prévues aux articles L162-1-14, L114-13, L471-2, L471-4 du Code de la Sécurité sociale sont applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible d'une peine d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal.)

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DE TRAJET

Articles L751-26, L751-6, D751-85 et D751-93 du Code rural et de la pêche maritime

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ n° d'adhérent : _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

ENTREPRISE UTILISATRICE

Raison sociale : _____ N° de SIRET de l'Agence : _____
 Adresse : _____ Contrat N° : _____
 Code postal : _____ Tél. : _____ En date du : _____

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____
 Nom de famille : _____ Prénoms : _____ Sexe (1) : M F
 Nom d'usage : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (1) : Française E.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 Qualification professionnelle : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (1)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____
 Lieu de l'accident : (1) Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur
 Localité : _____ Lieu précis : _____
 Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
(veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
 Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)

 Siège des lésions : _____ Nature des lésions : _____
 Lieu où a été transportée la victime : _____
 Accident : (1) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu
 Inscrit au registre des accidents bénins Le : _____ sous le n° : _____
 Conséquences : (1) sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès

TÉMOIN(S) ou PREMIERE PERSONNE AVISÉE

TÉMOIN(S) ou la 1ère PERSONNE AVISÉE (en cas d'absence de témoin)
 Nom, prénom : _____
 Adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (1) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (1)
 si oui, nom et adresse du tiers : _____
 Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur :
 Nom, prénom : _____ Fait à _____
 Qualité : _____ Le _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DE TRAJET

Articles L751-26, L751-6, D751-85 et D751-93 du Code rural et de la pêche maritime

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ ou
Dénomination : _____ n° d'adhérent _____

Adresse : _____ Code postal : _____
Tél. : _____

Nature de l'activité : _____
Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

ENTREPRISE UTILISATRICE

Raison sociale : _____ N° de SIRET de l'Agence : _____

Adresse : _____ Contrat N° : _____

Code postal : _____ Tél. : _____ En date du : _____

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____

Nom de famille : _____ Prénoms : _____ Sexe (1) : M F

Nom d'usage : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (1) : Française E.E.E. Autre

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____

Qualification professionnelle : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (1)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident : de _____ à _____ et de _____ à _____

Lieu de l'accident : (1) Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur

Localité : _____ Lieu précis : _____

Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
(veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) : _____

Siège des lésions : _____ Nature des lésions : _____

Lieu où a été transportée la victime : _____

Accident : (1) constaté connu Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime

Inscrit au registre des accidents bénins Le : _____ sous le n° : _____

Conséquences : (1) sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès

TÉMOIN(S) ou PREMIERE PERSONNE AVISÉE

TÉMOIN(S) ou la 1ère PERSONNE AVISÉE (en cas d'absence de témoin)

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (1) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (1)

si oui, nom et adresse du tiers : _____

Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur :

Nom, prénom : _____ Fait à _____

Qualité : _____ Le : _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DE TRAJET

Articles L751-26, L751-6, D751-85 et D751-93 du Code rural et de la pêche maritime

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ ou
Dénomination : _____ n° d'adhérent _____

Adresse : _____ Code postal : _____
Tél. : _____

Nature de l'activité : _____
Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

ENTREPRISE UTILISATRICE

Raison sociale : _____ N° de SIRET de l'Agence : _____

Adresse : _____ Contrat N° : _____

Code postal : _____ Tél. : _____ En date du : _____

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____

Nom de famille : _____ Prénoms : _____ Sexe (1) : M F

Nom d'usage : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (1) : Française E.E.E. Autre

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____

Qualification professionnelle : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (1)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident : de _____ à _____ et de _____ à _____

Lieu de l'accident : (1) Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur

Localité : _____ Lieu précis : _____

Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
(veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) : _____

Siège des lésions : _____ Nature des lésions : _____

Lieu où a été transportée la victime : _____

Accident : (1) constaté connu Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime

Inscrit au registre des accidents bénins Le : _____ sous le n° : _____

Conséquences : (1) sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès

TÉMOIN(S) ou PREMIERE PERSONNE AVISÉE

TÉMOIN(S) ou la 1ère PERSONNE AVISÉE (en cas d'absence de témoin)

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (1) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (1)

si oui, nom et adresse du tiers : _____

Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur :

Nom, prénom : _____ Qualité : _____

Fait à _____ Le _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DE TRAJET

Articles L751-26, L751-6, D751-85 et D751-93 du Code rural et de la pêche maritime

L'employeur envoie les trois premiers volets de la liasse à la Caisse, par **pli recommandé avec demande d'avis de réception**, au plus tard dans un délai de 48 h à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident, dimanches et jours fériés non compris.

Attention : Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, remplissez **immédiatement** l'attestation de salaires 102 ATA.

EMPLOYEUR

Nom, prénom : _____ n° d'adhérent : _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime

ENTREPRISE UTILISATRICE

Raison sociale : _____ N° de SIRET de l'Agence : _____
 Adresse : _____ Contrat N° : _____
 Code postal : _____ Tél. : _____ En date du : _____

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ A défaut date et lieu de naissance : _____
 Nom de famille : _____ Prénoms : _____ Sexe (1) : M F
 Nom d'usage : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Nationalité (1) : Française E.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 Qualification professionnelle : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non (1)

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de : _____ à : _____ et de : _____ à : _____
 Lieu de l'accident : (1) Lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller au retour
 Lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu du repas
 Lieu du repas au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur
 Localité : _____ Lieu précis : _____
 Circonstances détaillées de l'accident et tâche de la victime : _____
 (veuillez indiquer le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)
 Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)
 Siège des lésions : _____ Nature des lésions : _____
 Lieu où a été transportée la victime : _____
 Accident : (1) constaté Le : _____ Heure : _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu
 Inscrit au registre des accidents bénins Le : _____ sous le n° : _____
 Conséquences : (1) sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès

TÉMOIN(S) ou PREMIERE PERSONNE AVISÉE

TÉMOIN(S) ou la 1ère PERSONNE AVISÉE (en cas d'absence de témoin)
 Nom, prénom : _____
 Adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non (1) Par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non (1)
 si oui, nom et adresse du tiers : _____
 Société d'assurance du tiers : _____

Si le déclarant n'est pas l'employeur :
 Nom, prénom : _____ Fait à _____
 Qualité : _____ Le _____ Signature : _____

RÉSERVÉ CMSA

N° A.T. : _____

Catégorie de risques : _____

Type de l'accident : _____

Qualification professionnelle : _____

Code qualité : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'A.T. : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Code individualisation : _____

Effectif théorique : _____

Contrat prévention : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____