

# ACCIDENTS DES SALARIÉS AGRICOLES



<b>DÉCLARATION D'ACCIDENT</b>	
<b>DU TRAVAIL</b> <input type="checkbox"/>	<b>DE TRAJET</b> <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<sup>e</sup> 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 : \_\_\_\_\_ 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

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 : \_\_\_\_\_

## 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 travail habituel  au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller  au retour   
 Lieu de l'accident : (1)  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 : \_\_\_\_\_

# 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

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 : \_\_\_\_\_

## 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 travail habituel  au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail à l'aller  au retour   
 Lieu de l'accident : (1)  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 : \_\_\_\_\_

# 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 : \_\_\_\_\_