

ACCIDENTS DES SALARIÉS AGRICOLES



DÉCLARATION D'ACCIDENT	
DU TRAVAIL ☐	DE TRAJET ☐



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 RÉCEPTION, 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. RÉSERVES 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 : 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 : H mn

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

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 ☐ inscrit au registre des accidents bénins ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

Le : Heure : H mn ☐ par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime

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 : H mn

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

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 ☐ au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur ☐ Lieu du repas

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 ☐ inscrit au registre des accidents bénins ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

Le : Heure : H mn ☐ par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime

Conséquences : (1) ☐ sous le n° :

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 : H mn

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

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 ☐ 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 ☐ inscrit au registre des accidents bénins ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

Le : Heure : H mn ☐ par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime

Conséquences : (1) ☐ sous le n° :

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 : H mn

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

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 ☐ au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur ☐ Lieu du repas

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 ☐ par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime

Le : Heure : H mn

☐ Inscrit au registre des accidents bénins ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail ☐ décès

Conséquences : (1) ☐ sous le n° :

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 :