

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

Articles L752-24 et D.752-65 du Code rural et de la pêche maritime

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 de famille, prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone : _____

Catégorie de risque de l'exploitation : _____

Type d'accident : _____

Catégorie de risque de la victime au moment de l'accident : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (1) _____ Date de naissance _____

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____ sexe (2) F M

Prénoms _____

Adresse (1) _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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

Code statut : _____

Circulation routière : _____

Lieu de l'AT : _____

Activité : _____

Tâche : _____

Élément matériel : _____

Mouvement accidentel : _____

Problème : _____

Siège des lésions : _____

Nature des lésions : _____

Recours : _____

Conséquences des lésions : _____

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 de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)	Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu)
Prénoms	Prénoms
Adresse	Adresse
Code postal _____ Commune _____	Code postal _____ Commune _____
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Qualité _____

Fait à _____ Le _____ Signature : _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

(2) Cocher la case correspondante

