

CHEF D'EXPLOITATION OU CHEF D'ENTREPRISE

Nom, prénom ou raison sociale : Champs :ha
 Adresse : Prés :ha
 Code Postal : _____ Commune : Vignes :ha
 Tél. : _____ E-mail : Forêts :ha
 Nature de l'activité : Autres cultures (à préciser) :
 Activités accessoires exercées : Cheptel (à préciser) :

VICTIME

N° d'immatriculation : _____ / _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F
 Nom : Nom de jeune fille :
 Prénoms :
 Adresse : Code postal : _____
 Commune : Nationalité :
 Tél. : _____
 Cocher la case correspondante :
 Chef d'exploitation Aide bénévole
 Conjoint de chef d'exploitation Retraité(e)
 Aide familial Entraide
 Membre de famille
 Préciser :
 Profession principale :
 Profession secondaire :
 Caisse d'assurance maladie de la victime :
 C.M.S.A C.P.A.M Autre (à préciser) :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ h ____ min
 Lieu précis de l'accident (champs, forêt, étable, hangar, rue, entreprise, autre) :
 Commune de survenance de l'accident :
 Préciser les circonstances détaillées de l'accident :

 Siège des lésions (tête, dos, main droite, ...) :
 Nature des lésions (fracture, contusion, plaie, ...) :
 La victime a-t-elle cessé le travail ? Oui Non À quelle date ? ____ / ____ / ____
 Durée de l'arrêt initial :
 Consultation médicale le : ____ / ____ / ____ à : ____ h ____
 La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non Si oui, où ?

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non
 Si un constat amiable a été établi, veuillez en adresser une copie à la Caisse.
 Si oui, nom et adresse du tiers :
 Société d'assurance du tiers :

Si le déclarant n'est pas la victime

Nom, prénom :
 Qualité :
 Adresse :

Fait à :
 Le :

Signature :