

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL DES SALARIÉS AGRICOLES

L'employeur envoie la déclaration à la Caisse, au plus tard dans un **délai de 3 jours** 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 salaire.**

## EMPLOYEUR

Nom, prénom ou raison sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : \_\_\_\_ Commune : .....  
 Tél. : \_\_\_\_ E-mail : .....  
 Nature de l'activité : .....

*Si l'employeur exerce plusieurs activités, veuillez indiquer celle dans laquelle était employée la victime.*

## VICTIME

N° d'immatriculation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénoms : .....  
 Adresse : ..... Code postal : \_\_\_\_  
 Commune : ..... Nationalité : .....  
 Tél. : ..... Situation familiale : .....  
 Date d'embauche : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Profession : .....  
 Qualification professionnelle (1) :  Ouvrier  Cadre  Apprenti  Permanent  
 Ouvrier qualifié  Bûcheron  Autre (préciser) :  Occasionnel  
 Employé administratif  Élève .....

## ACCIDENT

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
 et de \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
 Lieu précis de l'accident (1) :  Champs  Route  Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail.  
 Forêt  Entreprise  Au cours du trajet entre le lieu de travail et le lieu de repas.  
 Étable  Autre (préciser) :  Au cours d'un déplacement pour le compte de l'employeur.  
 Commune de survenance : .....  
 Préciser les circonstances détaillées de l'accident : .....  
 (Veuillez indiquer, le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé) .....  
 Siège des lésions (tête, dos, main droite, ...) : .....  
 Nature des lésions (fracture, contusion, plaie, ...) : .....  
 Lieu où a été transportée la victime (médecin, hôpital, clinique, ...) : .....  
 Accident (1) :  Constaté le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  Par l'employeur  Décrit par la victime  
 Connu  Par ses préposés  
 Conséquences (1) :  Sans arrêt de travail |  Avec arrêt de travail (attestation de salaire à compléter)  
 - Joindre une copie de la feuille de paie du mois précédant l'arrêt de travail. |  Décès  
 - Les indemnités journalières sont-elles à verser à l'employeur ?  Oui  Non

## TÉMOINS

Nom, prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : \_\_\_\_ Commune : .....  
 Un rapport de police a-t-il été établi ? (1)  Oui  Non Par quelle brigade ? .....

## 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 : .....

Fait à :

Par (nom, prénom) :

Signature :

Le :

Qualité :

(1) Veuillez cocher la case correspondante