



N° 13661\*01

## ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

# DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Notice d'utilisation à détacher

**Madame, Monsieur,**

Vous êtes chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, aide familial, associé d'exploitation, enfant de 14 ans\* et plus ou cotisant solidaire, et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé due selon lui à l'activité que vous exercez ou avez exercé dans l'exploitation ou dans l'entreprise.

Vous (ou votre représentant légal si vous êtes mineur) devez remplir très lisiblement le formulaire à l'aide des indications suivantes : \*enfant à charge de 14 à 20 ans. Cette limite d'âge peut être reportée à 21 ans lorsque la poursuite d'études a été interrompue pour cause de maladie.

### IMPORTANT

Afin que votre situation puisse être examinée par l'organisme gestionnaire de l'assurance accidents du travail des non-salariés agricoles (la MSA ou le groupement d'assureurs) auquel vous êtes affilié, il est nécessaire que vous (ou votre représentant légal, si vous êtes mineur), lui adressiez le plus rapidement possible les trois premiers volets de ce formulaire, au plus tard dans le délai de QUINZE JOURS à compter de la constatation médicale de la maladie. Veuillez conserver le dernier volet du document.

Veuillez signaler au médecin constatant la maladie professionnelle qu'il doit adresser le certificat médical initial et la première feuille de soins à votre organisme gestionnaire de l'assurance accidents du travail des non-salariés agricoles (la MSA ou le groupement d'assureurs) auquel vous êtes affilié.

Si la date de première constatation médicale de la maladie est antérieure à la date du certificat médical initial transmis par le médecin à l'organisme gestionnaire, veuillez joindre également les documents liés à cette première constatation (certificat médical, radios, examens, ...).

Pour pouvoir bénéficier de la dispense d'avance des frais de soins, vous devez présenter aux professionnels de santé ou à l'établissement de soins une feuille d'accident du travail et de maladie professionnelle. Cette feuille vous a déjà été remise sur présentation du certificat médical initial établi par votre médecin traitant ou vous sera remise sur présentation de la déclaration de maladie professionnelle par l'organisme gestionnaire (la MSA ou le groupement d'assureurs).

### INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

Précisez votre numéro d'immatriculation (n° INSEE) et l'ensemble de vos coordonnées, en particulier votre adresse personnelle si elle est différente de celle de l'exploitation.

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

La nature de l'activité et le code activité sont ceux dans lesquels le chef d'exploitation ou d'entreprise ou le cotisant solidaire a été classé pour sa catégorie de risque au titre de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles.

Le numéro d'immatriculation, les nom, prénoms et adresse du chef d'exploitation ou d'entreprise ne sont à remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise. Toutefois, vous n'avez pas à indiquer ces informations si vous êtes cotisant solidaire.

### MALADIE

1. Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux des maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues dans ces tableaux.
2. Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues à ces mêmes tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).
3. Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale au taux fixé par voie réglementaire.

Aux termes de l'article L. 752-8 du Code rural et L.114-13 du Code de la sécurité sociale, est puni d'une amende de 5000 Euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.





# DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES



N° 13661\*01

RÉSERVÉ ORGANISME

GESTIONNAIRE

N° de dossier :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code organisme :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Article L752-24 du Code Rural

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre caisse

RÉSERVÉ MSA

Service Administratif

Catégorie de risque de l'exploitation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Catégorie de risque de la victime :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code statut :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conséquences des lésions :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contrôle médical

► Si Art. L461-1 CSS alinéa 2  
(Type de M.P.= 03) ou alinéa 3  
(Type de M.P.= 04) alors remplir  
codes tableau, syndrome et agent  
causal.

► Si Art. L461-1 CSS alinéa 4  
(Type de M.P.= 05) alors remplir le  
seul code agent causal.

Type de M.P. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code tableau M.P. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code syndrome :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code agent causal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total d'années d'exposition :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(-1 an = 01)

## INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prénoms 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 sexe (1)  F  M

Nom d'épouse 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Commune 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualité de (chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, aide familial, enfant, cotisant solidaire...)

Activité exposant au risque 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depuis quand cette activité est-elle exercée ? 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE

Nature de l'activité (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Code d'activité de l'entreprise (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Ne pas remplir si le chef d'exploitation ou d'entreprise est la victime ou si vous êtes cotisant solidaire :**

N° d'immatriculation (1) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom, prénoms (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Commune 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## MALADIE

Le soussigné déclare être atteint (ou que la victime est atteinte) de (2) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de la constatation médicale de la maladie professionnelle 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conséquences (1)  sans arrêt de travail  avec arrêt de travail  hospitalisation  décès

## EXPOSITION

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nature des travaux	Fréquence de l'exposition (quotidienne, hebdomadaire, saisonnière, ...)	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date																																								
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

## DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime :

Nom, prénom : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualité : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fait à 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

(1) Cocher la case correspondante

(2) Se reporter à la notice d'utilisation



