



N° en cours

## 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, et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre activité exercée sur l'exploitation ou l'entreprise.

Vous ou votre représentant légal si vous êtes mineur devez remplir très lisiblement le formulaire à l'aide des indications suivantes :

#### IMPORTANT-FORMALITES

Afin que votre situation puisse être examinée par l'organisme gestionnaire de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles (la MSA ou le groupement d'assureurs) auquel vous êtes affilié, il convient 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. Le dernier volet est à conserver par vos soins.

Vous devez signaler au praticien qui constate la maladie professionnelle qu'il doit adresser à votre organisme gestionnaire (la MSA ou le groupement d'assureurs) auquel vous êtes affilié, le certificat médical initial et la première feuille de soins.

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 (la MSA ou le groupement d'assureurs), la victime doit joindre également tout certificat ou tout document médical (radios, examens, ...) attestant de celle-ci.

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 laquelle 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 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.

#### MALADIE

1. Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux des maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à 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 471-3 du Code de la sécurité sociale, est puni d'une amende de 3 750 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 réparations 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° en cours

RÉSERVÉ ORGANISME  
GESTIONNAIRE

N° de dossier :

Code organisme :

Article L752-24 du Code Rural

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, ...)

Activité exposant au risque

Depuis quand cette activité est-elle exercée ?

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

Nature de l'activité (2)  Code d'activité de l'entreprise (2) 

A ne remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise :

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 exposées au risque de la maladie, objet de la présente demande :

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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



# DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES



RÉSERVÉ ORGANISME  
GESTIONNAIRE  
N° de dossier :

\_\_\_\_\_

Code organisme : \_\_\_\_\_

Article L752-24 du Code Rural

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, ...)  
Activité exposant au risque \_\_\_\_\_  
Depuis quand cette activité est-elle exercée ? \_\_\_\_\_

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

Nature de l'activité (2) \_\_\_\_\_ Code d'activité de l'entreprise (2) \_\_\_\_\_

A ne remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise :

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 exposées au risque de la maladie, objet de la présente demande :

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
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

## 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



# DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES



N° en cours

RÉSERVÉ ORGANISME  
GESTIONNAIRE

N° de dossier :

Code organisme :

Article L752-24 du Code Rural

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  MNom d'épouse Adresse Code postal  Commune Téléphone 

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

Activité exposant au risque Depuis quand cette activité est-elle exercée ? 

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

Nature de l'activité (2)  Code d'activité de l'entreprise (2) 

A ne remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise :

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 exposées au risque de la maladie, objet de la présente demande :

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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



# DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES



RÉSERVÉ ORGANISME GESTIONNAIRE

N° de dossier :

Code organisme :

A CONSERVER

Article L752-24 du Code Rural

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, ...)

Activité exposant au risque

Depuis quand cette activité est-elle exercée ?

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

Nature de l'activité (2)  Code d'activité de l'entreprise (2)

A ne remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise :

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 exposées au risque de la maladie, objet de la présente demande :

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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