

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (2) _____ Date de naissance _____ sexe (1) F M

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

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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 (2) _____

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse (2) _____

Code postal _____ Commune _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

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

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1^{ère} maladie	Nom de la 2^{ème} maladie	Nom de la 3^{ème} maladie
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif
Catégorie de risque de l'exploitation : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____
Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de la victime : _____
Conséquences des lésions : _____	Conséquences des lésions : _____	Conséquences des lésions : _____
Code statut : _____	Code statut : _____	Code statut : _____
Type de M.P. : _____	Type de M.P. : _____	Type de M.P. : _____
Code tableau M.P. : _____	Code tableau M.P. : _____	Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____	Code syndrome : _____	Code syndrome : _____
Code agent causal : _____	Code agent causal : _____	Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

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 cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (2) _____ Date de naissance _____ sexe (1) F M

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

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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 (2) _____

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse (2) _____

Code postal _____ Commune _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

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

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1^{ère} maladie	Nom de la 2^{ème} maladie	Nom de la 3^{ème} maladie
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif
Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____
Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

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 cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (2) _____ Date de naissance _____ sexe (1) F M

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

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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 (2) _____

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse (2) _____

Code postal _____ Commune _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

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

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1^{ère} maladie	Nom de la 2^{ème} maladie	Nom de la 3^{ème} maladie
<i>Date de la constatation médicale</i> _____	<i>Date de la constatation médicale</i> _____	<i>Date de la constatation médicale</i> _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif
Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____
Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

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 cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation (2) _____ Date de naissance _____ sexe (1) F M

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

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Qualité de (exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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 (2) _____

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénoms _____ Téléphone : _____

Adresse (2) _____

Code postal _____ Commune _____

NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON

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

1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Nom de la 1^{ère} maladie	Nom de la 2^{ème} maladie	Nom de la 3^{ème} maladie
<i>Date de la constatation médicale</i> _____	<i>Date de la constatation médicale</i> _____	<i>Date de la constatation médicale</i> _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif	RÉSERVÉ MSA Service Administratif
Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____	Catégorie de risque de l'exploitation : _____ Catégorie de risque de la victime : _____
Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____	Conséquences des lésions : _____ Code statut : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____ Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____ Code syndrome : _____ 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)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

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 cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DÉCLARANT

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature :

DÉCLARATIONS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

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 mentionnées dans les 4 bandeaux ci-dessous.

* Par l'enfant à charge, il faut entendre enfant de 14 à 20 ans, toutefois, 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 la MSA 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. Si vous ne respectez pas ce délai, vous vous exposez à une sanction prévue aux articles L.752-24 et D.752-65 du Code rural et la Pêche maritime.

Veuillez signaler au médecin constatant la maladie professionnelle qu'il doit adresser le certificat médical initial et la première feuille de soins à votre Caisse de MSA d'affiliation.

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 votre caisse de MSA.

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 noms, 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.

MALADIES

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 après examen par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles et lorsqu'une ou plusieurs conditions prévues à ces mêmes tableaux ne sont pas remplies (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 par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

Aux termes de l'article 313-2 5° du code pénal, sont qualifiées d'escroquerie et punissables de peines de sept ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende les fraudes commises au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu (portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée).
Par ailleurs, l'article 441-6 2ème alinéa du même code sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la fourniture volontaire d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement d'un avantage indu.