

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. : _____ 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 :

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. : _____ 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 :

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. : _____ 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 :

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. : _____ 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 :
