

DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Notice d'utilisation à détacher

Madame, Monsieur,

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 carrière professionnelle.

Afin que votre situation puisse être examinée par la caisse de Mutualité sociale agricole dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et **au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail** (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- les **4 premiers volets** (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- les **2 premiers volets du certificat médical** établi par votre médecin, s'il ne procède pas lui-même à cet envoi,
- le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, **l'attestation de salaire** remplie par votre dernier employeur.

MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

(article L. 751-7 du Code rural et de la pêche maritime L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale)

- 1 - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéas 1 et 2](#)).
- 2 - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle après examen du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), 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 (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux) ([Cf article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 3](#)).
- 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% ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 4](#)).
- 4 - Enfin, une maladie en lien avec une exposition aux pesticides peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans les tableaux de maladies professionnelles ou, le cas échéant, lorsque les conditions des tableaux prévues ne sont pas remplies ou que la maladie n'est pas désignée dans les tableaux, après examen du Comité de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRMP unique).

Si vous pensez que votre pathologie est consécutive à une exposition aux pesticides liée à votre activité professionnelle, cochez la case prévue à cet effet dans le formulaire afin que votre caisse de MSA transmette votre dossier au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides.

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (articles : L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal). Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et liberté» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre caisse ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.



Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : _____

Première demande : OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M
 Prénoms : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E.
 Code postal : _____ Ville : _____ Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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

La maladie est-elle en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (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 (2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie (2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie (2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
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

DURÉE D'EXPOSITION

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

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

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 : _____ Ville : _____
 Fait à : _____ Le _____

Signature : _____

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical



Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : _____

Première demande : OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M
 Prénoms : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E.
 Code postal : _____ Ville : _____ Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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

La maladie est-elle en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (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 (2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie (2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie (2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
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

DURÉE D'EXPOSITION

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

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

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 : _____ Ville : _____
 Fait à : _____ Le _____

Signature : _____

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical



Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : _____

Première demande : OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M
 Prénoms : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E.
 Code postal : _____ Ville : _____ Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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

La maladie est-elle en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (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 (2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie (2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie (2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
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

DURÉE D'EXPOSITION

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

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

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 : _____ Ville : _____
 Fait à : _____ Le _____

Signature : _____

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical



Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : _____

Première demande : OUI NON Si non, date de la 1^{ère} demande : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____ À défaut date et lieu de naissance _____ à : _____
 Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : _____ Sexe (1) : F M
 Prénoms : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E.
 Code postal : _____ Ville : _____ Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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

La maladie est-elle en rapport avec une exposition aux pesticides ? OUI NON

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (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 (2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie (2)	Nom de la 3 ^{ème} maladie (2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
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

DURÉE D'EXPOSITION

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

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

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 : _____ Ville : _____
 Fait à : _____ Le _____

Signature : _____

(1) Cocher la case correspondante (2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical