

## ATTESTATION DE SALAIRE ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE DES SALARIÉS AGRICOLES

Madame, Monsieur,

Vous devez OBLIGATOIREMENT adresser cette attestation à la caisse de Mutualité Sociale Agricole dont vous relevez :

- avec la déclaration, en cas d'accident du travail suivi d'un arrêt de travail immédiat,
- dès que vous avez connaissance de l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à une rechute.

En cas de maladie professionnelle, cette attestation doit être remise à la victime.

C'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à la victime.

Si la victime travaille simultanément pour plusieurs employeurs, chacun d'eux est tenu de fournir la présente attestation.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des indications suivantes :

### VICTIME

Nom : Indiquez le nom de famille suivi du nom d'usage, (facultatif)

Qualification professionnelle :

Indiquez si la victime est cadre, technicien, employé, ouvrier qualifié, forestier, ouvrier non qualifié, apprenti, occasionnel, saisonnier, employé de maison, etc.

### SALAIRE DE RÉFÉRENCE

#### A. SALAIRE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE VERSÉS AVEC LA MÊME PÉRIODICITÉ

##### ► rémunération versée

- Le salaire de base correspond aux rémunérations ou gains servant au calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et afférents à la période de référence (qu'ils aient ou non été versés) autrement dit au cours du mois civil précédant le dernier jour de travail (art. R751-47 et R751-48 du Code rural).

Il s'agit du salaire brut soumis à cotisations dues ou versées au titre de la période de référence, et à l'exclusion de toutes indemnités, primes, rappels, gratifications, ou avantages en nature.

- La période de référence est déterminée en fonction de la périodicité des payes. Il s'agit :

PÉRIODICITÉ DE LA PAIE	PAIES A PRÉCISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	Dernière paie du mois civil antérieur à l'arrêt de travail
Salariés payés toutes les deux semaines	2 dernières paies du mois civil antérieur à l'arrêt de travail
Salariés ayant une autre périodicité de paies	Dernière paie du mois civil antérieur à l'arrêt de travail

## ► Accessoires du salaire

- tous les avantages en nature (logement, nourriture ...)
- primes, indemnités, gratifications versées avec la même périodicité de paye que le salaire de base.

Il s'agit, ici, des primes, indemnités ou gratifications versées avec chaque paye pour la même période de travail que le salaire, ou des primes, indemnités ou gratifications versées ponctuellement et correspondant à un événement (mariage, naissance...).

## B. RAPPELS DE SALAIRE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE VERSÉS AVEC UNE PÉRIODICITÉ DIFFÉRENTE DE CELLE DU SALAIRE DE BASE.

Il s'agit des primes versées au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail, y compris celles versées avec la paye de référence mais allouées pour une période de travail différente.

## C. CAS PARTICULIERS

- **Travailleurs occasionnels** : ont la qualité de travailleurs occasionnels les personnes qui occupent un emploi salarié agricole pendant une durée n'excédant pas, par année civile, un maximum fixé par décret et bénéficiaires de la réduction des cotisations d'ASA et d'AT prévue à l'article L 741-16 du code rural.
- **Ouvriers forestiers ou gemmeurs** : cette case concerne les salariés rémunérés à la tâche. Pour les salariés payés mensuellement, le salaire de ces derniers doit être indiqué au cadre A.

Si l'ouvrier forestier a débuté son activité au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail ou postérieurement, précisez le salaire qu'il a perçu ou qui lui est dû de la date d'embauche jusqu'à la date d'arrêt de travail (non compris ce jour).

Si la période de référence des douze mois civils est incomplète, compléter le cadre D partie gauche.

## D. CAS OU LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE N'A PAS ÉTÉ ENTIÈREMENT ACCOMPLIE

Indiquez le cas ou les **motifs** : maladie (MAL), longue maladie (MLD), accident (AT), maternité (MAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés non payés autorisés (ABS AUT), service national (SN) ou autre.

**Salaire de l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail** : précisez pour la période de paye au cours de laquelle a eu lieu l'arrêt de travail, le salaire brut qu'aurait perçu la victime compte tenu du temps de travail qu'elle aurait accompli normalement et en intégrant tous les suppléments de salaires éventuels tels que primes, gratifications payés en même temps que la rémunération principale et acquis au titre de la même période de travail que cette rémunération principale.

### DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

Lorsque le salaire est maintenu en totalité par l'employeur sans la déduction des indemnités journalières, l'employeur est subrogé de plein droit à la victime dans ses droits aux IJ AT/MP.

En cas de maintien total ou partiel du salaire sous déduction des indemnités journalières en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, l'employeur est subrogé de plein droit à la victime dans ses droits aux IJ AT/MP, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée.

En cas de subrogation de l'employeur, si le montant des indemnités journalières est plus élevé que la rémunération versée, l'employeur doit impérativement restituer au salarié la part des indemnités journalières excédant la rémunération maintenue.

## ATTESTATION DE SALAIRE ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE DES SALARIÉS AGRICOLES

Article D 751-92 du Code rural et de la pêche maritime

A ADRESSER A LA CMSA

- en même temps que la déclaration d'accident.
- ou 48 heures après le début de l'arrêt de travail s'il est postérieur à l'accident.

EMPLOYEUR				RÉSERVÉ CMSA			
Nom, Prénom ou Dénomination			N° d'adhérent	N° A.T.			
Adresse			Tél.	Type de l'accident			
Code postal	Commune			▶ travail <input type="checkbox"/>			
Nature de l'activité	<i>Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle était employée la victime.</i>			▶ trajet <input type="checkbox"/>			
				▶ M.P. <input type="checkbox"/>			
VICTIME							
N° d'immatriculation		Date et lieu de naissance		Code qualité			
Nom de famille	Prénoms	Sexe		<input type="checkbox"/>			
Nom d'usage (facultatif)		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Adresse		Nationalité		Française <input type="checkbox"/>			
Code postal	Commune			E.E.E. <input type="checkbox"/>			
				Autre <input type="checkbox"/>			
Date d'embauche	Profession						
Qualification professionnelle		Ancienneté dans le poste					
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>					
RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL							
Date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle							
Date du dernier jour de travail		et heure, si la victime a travaillé ce jour-là					
<input type="checkbox"/> Accident du travail		Date de reprise de travail					
Motif de l'arrêt :		ou					
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle		Travail non repris à ce jour	<input type="checkbox"/>				
SALAIRE DE RÉFÉRENCE (1)							
<b>A</b> Rémunérations versées et dues au titre du <b>mois civil</b> précédant l'arrêt du travail	SALAIRE DE BASE			ACCESSOIRES DU SALAIRE (Montants soumis à cotisations) en euros			
	Date d'échéance de la paie	Périodes	Nombres d'heures de travail effectuées	Montant soumis à cotisations	Avantages en nature	Indemnités primes gratifications	Déduction supplémentaire %
		du .....					
		au .....					
		du .....					
		au .....					
		du .....					
		au .....					

(1) Se reporter à la notice.

B	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant soumis à cotisations en euros
		Du	Au	
Primes, rappels, gratifications, indemnités versés au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail autres que ceux visés au A				

C Cas particuliers	<b>Ouvriers forestiers ou gemmeurs</b> 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (*) Salaire : du _____ au _____ soumis à cotisations  Montant en euros : _____  Si début d'activité au cours des 12 mois civils, indiquer la date de début : _____ (*) Si période incomplète au cours des 12 mois, compléter également le cadre D partie gauche	<b>Travailleurs Occasionnels</b> Date d'embauche : _____ Dernière période de travail (jusqu'à la veille de l'Arrêt de Travail) du : _____ au _____ Nombre d'heures de travail de la période : _____ Salaires de la période : Montant en euros : _____ (hors ICCP) <b>E</b> : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) Montant en euros : _____
	<b>Apprentis</b> Rémunération versée au cours du mois civil précédant l'arrêt de travail : Montant en euros : _____  Date du contrat : _____	<b>Salariés de moins de 18 ans</b> Rémunération versée au titre de la période de référence : Montant en euros : _____  Salaire minimum de l'emploi ou à défaut salaire minimum des ouvriers adultes occupés aux mêmes travaux : Montant en euros : _____

D Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie	<b>Interruption de travail</b> <input type="checkbox"/> (2)  <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">motif</th> <th colspan="2">période</th> </tr> <tr> <th>Du</th> <th>Au</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	motif	période		Du	Au	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Salaire correspondant à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail, si la victime avait travaillé tout le mois  Montant en euros : _____
	motif		période																
Du		Au																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
Salarié accidenté dans le mois d'embauche <input type="checkbox"/> (2)																			

**DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR**

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom, prénom du signataire \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. »  
 (2) Cocher la ou les cases concernées.