

DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

Internet des MSA

Art D.751-85 et D.751-93 du Code Rural et de la Pêche Maritime

Ce document a été transmis à la MSA de : 21-Côte-d'Or le 01/10/2020 à 16 heures et 46 minutes
où il a été référencé sous le numéro : DAT_20201001_21_38396734600016_38396734600016_164633

Employeur **DOMAINE A F GROS**

Entreprise déclarante : **38396734600016** Adresse email : **annie.moreau@andrebt.com**
 Entreprise déclarée : **38396734600016** Téléphone : **03.80.22.61.85**
 Nom, Prénom ou dénomination : **DOMAINE A F GROS**
 Adresse : **5 GRANDE RUE
21630 POMMARD**

Victime **BASSET NICOLAS**

Nom de naissance : **BASSET** Prénoms : **NICOLAS**
 Nom d'usage ou marital : Sexe : **Masculin**
 N° d'immatriculation : **1790763300023** Date de naissance : **10/07/1979**
 Nationalité : **Française** Lieu de naissance : **RIOM**

Adresse : **3 Impasse ST JEAN
21630 POMMARD**

Tél :

Secteur professionnel : **Viticulture**
 Date d'embauche : **01/12/2019** Heure d'embauche : **08:00**
 Qualification professionnelle : **Ouvrier agricole** Profession : **OUVRIER VITI-VINI**
 Ancienneté dans le poste : **11 mois**
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non

Accident

Date : **29/09/2020** Heure : **10:00**
 Horaire de travail de la victime **08:00 à 12:00**
 le jour de l'accident : **et de 14:00 à 17:00**
 Lieu de l'accident : **Lieu de travail habituel**
 Localité : **POMMARD**
 Lieu précis : **CUVERIE**

Circonstances détaillées de l'accident : **Monsieur Basset travaillait dans la cuverie il manipulait des cuves du fait du réaménagement de la cuverie. Il a probablement fait un faux mouvement en utilisant un outil.**

Tâches effectuées par la victime au moment de l'accident : **travail de cuverie - en particulier évacuation de cuves inutilisées.**
 Siège des lésions : **dos** Nature des lésions : **lombalgie**
 Lieu où a été transportée la victime

Accident constaté le : **01/10/2020 à 09:00**
 Accident connu Par : **décrit par la victime**
 Accident inscrit au registre des accidents bénins sous le n° :

Conséquences : sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès non connues à ce jour

Témoins

Nom, prénom : **PARENT-GROS ANNE
FRANCOISE**
 Adresse : **POMMARD**
 Un rapport de police a-t-il été Oul Non Par qui ?

établi ?

Tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

Si oui, nom et adresse du tiers :

Société d'assurance
du tiers :

Déclarant

Si le déclarant n'est pas l'employeur

Nom, Prénom :

Qualité :

Fait à : **POMMARD**

Le : **01/10/2020**

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données qui vous concernent conformément aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour l'exercer, adressez-vous à Siège Social : 14 Rue Félix TRUTAT 21046 DIJON CEDEX ou à bourgneblfwebmaster.blf@bourgogne.msa.fr.