Mutualité Sociale Agricole

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES SALARIES AGRICOLES

cerfa
N° 11817*01

PROPOSITION DE TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

(article 29, décret n° 73-598 du 29 juin 1973)

Recommandé avec demande d'avis de réception

N° de dossier à rappeler dans toute correspondance

N° d'immatriculation

A le,

M

Par décision de notre Caisse, en date du

votre état a été considéré comme consolidé le

En conséquence, en vue de l'attribution éventuelle d'une rente, ou d'une indemnité en capital, la Commission des rentes a proposé de fixer votre taux d'incapacité permanente de travail

à.....%. Cette proposition est effectuée en fonction des motifs suivants :

Vous trouverez ci-joint, les modalités de calcul et le montant de la rente (si taux ≥ à 10 %), ou le montant de l'indemnité en capital (si taux d'IPP < à 10 %), qui vous sera alloué en fonction du taux que nous vous proposons.

Vous pouvez, dans un délai de **10 jours** à compter de la réception de la présente lettre, demander, à l'aide du formulaire ci-joint, l'envoi de la copie du rapport médical établi par le médecin-conseil de notre Caisse.

Il vous appartient de nous faire savoir votre accord, verbalement ou par écrit, dans les meilleurs délais.

En cas de désaccord, vous voudrez bien nous en faire connaître les raisons précises en joignant à votre réponse les pièces et observations que vous jugerez utiles :

- DANS LE DÉLAI D'UN MOIS suivant la réception de la présente lettre,
ou
- DANS LE DÉLAI DE DEUX MOIS suivant la réception de la présente lettre, si vous avez demandé la copie du rapport médical.

Veuillez agréer, M , l'expression de nos sentiments distingués.

Le Directeur,

« La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprés des organismes destinataires du formulaire. »

PAO CCMSA - Réf. : 114 ATA 98

Mutualité Sociale Agricole

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES SALARIES AGRICOLES

DEMANDE DE COPIE DU RAPPORT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN-CONSEIL DE LA CAISSE

(A renvoyer, le cas échéant, à la caisse désignée ci-dessus sous enveloppe régulièrement affranchie)

NOM, prénoms de la victime : .....

Accident du travail survenu le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Maladie professionnelle constatée le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Consolidation en date du : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Reprise du travail le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° DE DOSSIER [ ]

N° D'IMMATRICULATION |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A détacher suivant le pointillé

Madame, Monsieur le Directeur,

Comme suite à votre proposition de taux d'incapacité permanente faite par lettre du : |_|_|_|_|_|_|_|_|,

je demande l'envoi d'une copie du rapport médical établi par le médecin-conseil de votre Caisse : (1)

❒ à moi-même, à l'adresse ci-dessous indiquée (1) :

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

❒ à M. le Docteur (1) : .....,

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à....., le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

(1) Porter une croix dans la case intéressée