

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Version 1/1/2012

Entreprise d'assurances :
 Numéro de police d'assurance :
 Subdivision supplémentaire du numéro de police :
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

Fiche d'accident : année ____ n°
 Numéro d'accident chez l'assureur :
 Numéro DRS : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Envoyez ce formulaire dans les huit jours qui suivent l'accident à l'assureur avec, à l'appui, l'attestation médicale de premiers soins (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et AR du 12 mars 2003).

Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

EMPLOYEUR	
1	Numéro d'entreprise : Numéro ONSS : et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement :
2	Nom et prénom ou raison commerciale :
3	Rue/numéro/boite : Code postal : Commune :
4	Activité de l'entreprise :
5	Numéro de téléphone de la personne de contact :
6	Numéro de compte bancaire: IBAN Etablissement financier : BIC

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) :
8	Nom : Prénom :
9	Lieu de naissance : Date de naissance :
10	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité :
11	Résidence principale – Rue/numéro/boite : Code postal : Commune : Pays : Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) – Rue/numéro/boite : Code postal : Commune : Pays : Numéro de téléphone :
12	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
13	Parenté avec l'employeur : <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire: IBAN Etablissement financier : BIC
15	Numéro Dimona de l'emploi :
16	Date d'entrée en service :
17	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service:
18	Profession habituelle dans l'entreprise : Code CIP : Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise : <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an
19	La victime est-elle intérimaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise utilisatrice: Nom: Adresse:
20	Au moment de l'accident, la victime travaillait-elle dans l'établissement d'un autre employeur dans le cadre de travaux effectués par une entreprise extérieure ? ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur: Nom: Adresse:

ACCIDENT	
21	Jour de l'accident : date : ____-____-20____ heure : ____ min: ____
22	Date de notification à l'employeur : heure : ____ min: ____
23	Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail
24	Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____.
25	Lieu de l'accident: <input type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à un autre endroit: Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier) Rue/numéro/boite : Code postal : Commune : Pays : Numéro du chantier:
26	Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit (p.ex., aire de maintenance, chantier de construction d'un tunnel, lieu d'élevage de bétail, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, etc.) ?
27	Précisez l' <u>activité générale</u> (le type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit (p. ex., transformation de produits, stockage, terrassement, construction ou démolition d'un bâtiment, tâches de type agricole ou forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage)
28	Précisez l' <u>activité spécifique</u> de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex., remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
29	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre poste de travail
30	Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.) ? . Précisez tous ces faits <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ :
32	Agent matériel de cette déviation : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ :

33 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? oui non réponse inconnue
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification et a été rédigé à
le par

34 Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? oui non réponse inconnue
Si oui, nom et adresse :
nom et adresse de l'assureur : Numéro de police :

35 Y a-t-il eu des témoins ? oui non réponse inconnue
Si oui, Nom - Rue/numéro/boite - Code postal - Commune - Pays Sorte⁽⁴⁾ :

LÉSION

36 Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p.ex., contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.)
ET les objets impliqués, (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
.....
.....

37 Nature de la lésion ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

38 Localisation de la lésion ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

SOINS

39 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non
Si oui, date : heure : .. min : ..
Qualité du dispensateur :
Description des soins dispensés :

40 Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? oui non réponse inconnue
Si oui, date : heure : .. min : ..
numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI ⁽⁵⁾ :
nom et prénom du médecin externe :
rue/numéro/boite :
code postal : commune :

41 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? oui non réponse inconnue
Si oui, date : heure : .. min : ..
numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI ⁽⁵⁾ :
dénomination de l'hôpital :
rue/numéro/boite :
code postal : commune :

CONSÉQUENCES

42 Conséquences de l'accident : pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès :

43 Cessation de l'activité professionnelle – date : heure : .. min : ..

44 Date de reprise effective du travail : S'il n'y a pas encore eu reprise,
durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

- (1) au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section 1^{re} « Travaux d'entreprises extérieures » du chapitre IV « Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures » de la loi du 4 août 1996
- (2) ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail
- (3) voir l'annexe IV du chapitre I^{er}, titre II, du code sur le bien-être (AR du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail)

PRÉVENTION

45 De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
 aucun casque gants lunettes de sécurité écran facial
 veste de protection tenue de signalisation protection de l'ouïe chaussures de sécurité
 masque respiratoire avec apport d'air frais masque respiratoire à filtre masque antiseptique
 protection contre les chutes autre :

46 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
..... Code ⁽³⁾ :

47 Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ : Code ⁽³⁾ :

INDEMNISATION

48 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non
Si non, donnez-en le motif :

49 Code du travailleur de l'assurance sociale :
S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : ouvrier employé employé de maison
 apprenti sous contrat stagiaire non rémunéré autre (à préciser) :

50 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 62) non

51 Commission (sous-)paritaire – dénomination : numéro :
52 Nature du contrat de travail : à temps plein à temps partiel

53 Nombre de jours par semaine du régime de travail : .. jours et .. centièmes

54 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la victime : .. heures et .. centièmes

55 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la personne de référence : .. heures et .. centièmes

56 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non

57 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 58)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60)
 à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 60)

58 Montant de base de la rémunération :
- unité de temps : heure jour semaine mois trimestre année
- en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée :
- total des rémunérations et des avantages assujettis à l'ONSS, sans heures supplémentaires, pécule de vacances complémentaire et prime de fin d'année (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) : €

59 Prime de fin d'année ? oui non
Si oui, montant : .., .. % de la rémunération annuelle
 montant forfaitaire de €
 rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures :

60 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € (exprimés sur base annuelle)
Nature des avantages :

61 La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? oui non
Si oui, date du dernier changement de fonction :

62 Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : .., ..
Perte salariale pour les heures de travail perdues : €

Déclarant (nom et qualité) : Nom du conseiller en prévention :

Date : Date :

Signature : Signature :

- (4) mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect
- (5) à compléter si la donnée est connue
- (6) champ facultatif.

63 Mutuelle – Code ou nom :
Rue/n°/boite :
Code postal : Commune :

Numéro d'affiliation :