

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

dès 1/1/2020

Entreprise d'assurances

Numéro 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 à l'assureur ce formulaire dans les 8 jours qui suivent l'accident (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et l'AR du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail).

Transmettez également à l'assureur l'attestation médicale dès que vous en disposez.

Le mode de déclaration d'un accident grave au Contrôle du Bien-être au Travail (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale) est stipulé à l'article 1.6-3 du Code du bien-être au travail.

EMPLOYEUR	
1	Numéro d'entreprise : _____ ONSS : _____ en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement : _____
2	Nom et prénom ou raison commerciale : _____
3	Rue, numéro, boîte : _____ Code postal : _____ Commune : _____
4	Activité de l'entreprise : _____
5	Numéro de téléphone de la personne de contact : _____
6	Numéro de compte bancaire : IBAN _____ Établissement fin. : 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"/> homme <input type="checkbox"/> femme Nationalité : _____
11	Résidence principale – Rue, numéro, boîte : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____ Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) – Rue, numéro, boîte : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____ Numéro de téléphone : _____
12	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> français <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 _____ Établissement fin. : 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 CITP : _____ 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 déclaration 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 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 numéro du chantier) Rue, numéro : _____ Code postal : _____ Commune : _____ pays : _____ Numéro de 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.) ET les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
29	À quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> poste habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre poste
30	Quels <u>événements</u> 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 ET 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 ayant 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 rédigé à
le ____-____-____ par

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

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

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⁾ : ____
..... Code ⁽³⁾ : ____

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

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 blessure ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ : ____

38 Localisation des blessures ⁽³⁾ : 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 apprenti/stagiaire assujetti à l'ONSS apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS employé de maison autre (à préciser) :

50 Si « apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS », type de stage ou de formation : F1 F2 > passez à la question 62

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 de la victime : ____ heures et ____ centièmes

55 Nombre moyen d'heures par semaine de 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 : € _____

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, boîte :
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, boîte :
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
 occupation temporaire avec travail adapté (prestations réduites ou autre fonction, sans perte de salaire) à partir du ____-____-____
 incapacité temporaire totale de travail à partir du ____-____-____ heure ... : ...
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès : ____-____-____

43 Date de reprise effective du travail habituel/au poste d'origine : ____-____-____

44 S'il n'y a pas encore eu de reprise complète du travail habituel/au poste d'origine
durée probable de l'incapacité temporaire totale ou partielle de travail : jours

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

Date ____-____-____ Date ____-____-____

Signature : Signature :

(3) voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail
(4) mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect
(5) à compléter si la donnée est connue
(6) champ facultatif

(1) Au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section 1re « Travaux d'employeurs ou indépendants extérieures » du chapitre IV « Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures ou par des intérimaires » de la loi du 4 août 1996.

(2) ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail

63 Mutuelle - Code ou nom : ____
Rue, numéro, boîte :
Code postal : ____ Commune :

Numéro d'affiliation :