

## Déclaration d'accident du travail

Entreprise d'assurances : .....

Numéro de police d'assurances : ..... Fiche d'accident : année ..... n° .....

Subdivision supplémentaire du numéro de police : ..... Numéro d'accident chez l'assureur : .....

Code tarifaire de la victime (voir police d'assurances) : ..... Numéro DRS : .....

Envoyez ce formulaire à l'assureur dans les huit jours qui suivent l'accident avec, à l'appui, l'attestation médicale de premiers soins (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de 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 / 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 financier : BIC .....

### Victime

7. NISS (Numéro d'Identification de la Sécurité Sociale) : .....

8. Nom ..... Prénom : .....

9. Lieu de naissance : ..... Date de naissance : .....

10. Sexe :  féminin  masculin Nationalité : .....

11. Résidence principale :

Rue, n°, boîte : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :

Rue, n°, boîte : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Numéro de téléphone : .....

12. Langue de correspondance avec la victime :  français  néerlandais  allemand
13. Parenté avec l'employeur :  pas parent(e)  au premier degré (parents et enfants)  autre
14. Numéro de compte bancaire : IBAN .....  
Établissement financier : BIC .....
15. Numéro Dimona de l'emploi : .....
16. Date de l'entrée en service : ..... / ..... / .....
17. Durée du contrat de travail :  indéterminée  déterminée  
La date de sortie de service est-elle connue ?  oui  non  
Si oui, date de sortie de service : ..... / ..... / .....
18. Profession habituelle dans l'entreprise : ..... Code CITP : .....  
Durée de l'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise :  
 moins d'une semaine  d'une semaine à un mois  d'un mois à un an  plus d'un an
19. La victime est-elle intérimaire :  oui  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 ? <sup>(1)</sup>  oui  non  
Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur : .....  
Nom : .....  
Adresse : .....

## Accident

21. Jour de l'accident : ..... Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... Min : .....
22. Date de déclaration à l'employeur : ..... Heure : ..... Min : .....
23. Nature de l'accident :  accident du travail  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 :  
 dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champs 3  
 sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? :  oui  non  
 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 : .....  
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.)  
.....  
.....

<sup>(1)</sup> Au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section III « 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.

27. Précisez l'activité générale (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'activité spécifique 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 objets impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

.....  
.....  
.....

29. À quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? <sup>(2)</sup>

- Poste habituel ou unité locale habituelle  
 Poste occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur  
 Autre poste

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 ET les objets 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 <sup>(3)</sup> : ..... Code <sup>(3)</sup> : .....

32. Agent matériel de cette déviation <sup>(3)</sup> : ..... Code <sup>(3)</sup> : .....

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 : .....  
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 et numéro : .....  
Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....  
Sorte <sup>(4)</sup> : .....

<sup>(2)</sup> Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail

<sup>(3)</sup> voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

<sup>(4)</sup> mentionnez « D » pour témoin direct, et « I » pour témoin indirect.

## 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 des blessures <sup>(5)</sup>: ..... Code <sup>(5)</sup>: .....

38. Localisation des blessures <sup>(5)</sup>: ..... Code <sup>(5)</sup>: .....

## 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 <sup>(5)</sup>: .....

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 <sup>(5)</sup>: .....

Dénomination de l'hôpital : .....

Rue, numéro, boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

## Conséquences

42. Conséquences de l'accident :
- Pas d'incapacité temporaire du travail, pas de prothèses à prévoir
  - Pas d'incapacité temporaire du 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 du travail à prévoir
  - Décès. Date du décès : ..... / ..... / .....

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

<sup>(5)</sup> À compléter si la donnée est connue

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

## Prévention

45. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aucun                  | <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité       |
| <input type="checkbox"/> casque                 | <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec     |
| <input type="checkbox"/> gants                  | <input type="checkbox"/> apport d'air frais           |
| <input type="checkbox"/> lunettes de sécurité   | <input type="checkbox"/> masque respiratoire à filtre |
| <input type="checkbox"/> écran facial           | <input type="checkbox"/> masque antiseptique          |
| <input type="checkbox"/> veste de protection    | <input type="checkbox"/> protection contre les chutes |
| <input type="checkbox"/> tenue de signalisation | <input type="checkbox"/> autre : .....                |
| <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe   |   |

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

..... Code<sup>(3)</sup> : .....

..... Code<sup>(3)</sup> : .....

47. Codes risques propres à l'entreprise <sup>(6)</sup> : .....

## 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

<sup>(6)</sup> Champ facultatif

complémentaires 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 perdues : € ....., .....

Déclarant (nom et qualité) :

.....  
.....

Nom du conseiller en prévention :

.....  
.....

Date : ..... / ..... / .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

Signature :

63. Mutuelle - Code ou nom : .....

.....

Rue, numéro, boîte : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Numéro d'affiliation : .....