

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Entreprise d'assurances :

Numéro de police d'assurance :     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'assurance) :     Numéro DRS :

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 : <input type="text"/> Numéro ONSS : <input type="text"/> et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement : <input type="text"/>
2	Nom et prénom ou raison commerciale : <input type="text"/>
3	Rue/numéro/boite : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
4	Activité de l'entreprise : <input type="text"/>
5	Numéro de téléphone de la personne de contact : <input type="text"/>
6	Numéro de compte bancaire(*): IBAN <input type="text"/> Etablissement financier : BIC <input type="text"/>

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : <input type="text"/>
8	Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>
9	Lieu de naissance : <input type="text"/> Date de naissance : <input type="text"/>
10	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin    Nationalité : <input type="text"/>
11	Résidence principale : Rue/numéro/boite : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/> Pays : <input type="text"/> Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) : Rue/numéro/boite : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/> Pays : <input type="text"/> Numéro de téléphone : <input type="text"/>
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 <input type="text"/> Etablissement financier : BIC <input type="text"/>
15	Numéro Dimona de l'emploi : <input type="text"/>
16	Date d'entrée en service : <input type="text"/>

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:

<b>ACCIDENT</b>	
21	Jour de l'accident : date : heure : <input type="checkbox"/> 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: <i>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)</i> Rue/numéro/boite : Commune : Pays : Code postal : 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.) <b>ET</b> les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) .



41	Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 :
----	--

<b>CONSÉQUENCES</b>	
42	Conséquences de l'accident : <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> incapacité temporaire de travail <input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir <input type="checkbox"/> 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

<b>PRÉVENTION</b>	
45	De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ? <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> casque <input type="checkbox"/> gants <input type="checkbox"/> lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> écran facial <input type="checkbox"/> veste de protection <input type="checkbox"/> tenue de signalisation <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec apport d'air frais <input type="checkbox"/> masque respiratoire à filtre <input type="checkbox"/> masque antiseptique <input type="checkbox"/> protection contre les chutes <input type="checkbox"/> 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):

<b>INDEMNISATION</b>	
48	La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employé de maison <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> stagiaire non rémunéré <input type="checkbox"/> autre (à préciser) :
50	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? <input type="checkbox"/> oui (passez à la question 62) <input type="checkbox"/> non
51	Commission (sous-)paritaire – dénomination :                    numéro :
52	Nature du contrat de travail : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel
53	Nombre de jours par semaine du régime de travail : <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
57	Mode de rémunération : <input type="checkbox"/> rémunération fixe (passez à la question 58) <input type="checkbox"/> à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60) <input type="checkbox"/> à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 60)

58	<p>Montant de base de la rémunération :</p> <p>- unité de temps : <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> trimestre <input type="checkbox"/> année</p> <p>- en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée :</p> <p>- 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) : €</p>
59	<p>Prime de fin d'année ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, montant :</p> <p><input type="checkbox"/> % de la rémunération annuelle</p> <p><input type="checkbox"/> montant forfaitaire de €</p> <p><input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures :</p>
60	<p>Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € (exprimés sur base annuelle)</p> <p>Nature des avantages :</p>
61	<p>La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, date du dernier changement de fonction :</p>
62	<p>Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident :</p> <p>Perte salariale pour les heures de travail perdues : €</p>

Déclarant (nom et qualité) :

Nom du conseiller en prévention :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

63	<p>Mutuelle :</p> <p>Code ou nom:</p> <p>Rue/n°/boite :</p> <p>Code postal : Commune :</p> <p>Numéro d'affiliation :</p>
----	--

(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'entreprises extérieures » du chapitre IV « Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures » de la loi du 4 aout 1996

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

(3) voir l'annexe IV du chapitre Ier, 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)

(4) mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect

(5) à compléter si la donnée est connue

(6) champ facultatif.

(\*) Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

# Certificat Médical – No Police :

---

Indiquer

- *Nom, prénom, qualité du médecin traitant*

Je soussigné.....  
.....  
.....  
ayant examiné le .....  
le (la) nommé(e) .....  
après l'accident qui lui est survenu le .....  
déclare:

*- le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fracture du bras, contusion à la tête, au doigts,...)*

1. que l'accident a produit les lésions suivantes:  
.....  
.....  
.....

*- les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle avec sa durée présumée.*

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :  
.....  
.....  
.....

En cas d'incapacité temporaire:

- la victime est-elle complètement empêchée de faire un travail personnel et d'exercer une surveillance ou direction quelconque?
- est-elle obligée de garder le lit ou la chambre?
- peut-elle vaquer partiellement à sa profession ou à ses occupations?

*- la maladie ou indisposition dont elle souffrait*

*- le type d'invalidité et la mesure dans laquelle elle a aggravé les conséquences*

3. que la victime était lors de l'accident:  
 en bonne santé et entièrement apte à exercer sa profession sinon:  
.....  
 atteinte d'invalidité  
.....

*- le lieu où la victime est soignée*

4. que le blessé est soigné:  
.....

Fait à .....le .....

Le médecin,  
(Signature)