

Déclaration d'Accident

Collective Droit Commun

Police n°. (1)
N° Accident.

Fiche année

Assureur
Nature de l'accident

Nom risque professionnel vie privée

Adresse:

EMPLOYEUR	1. Nom/Prénoms:	Succursale:	
	2. Rue: numéro: boîte:		
	N°code postal: Commune:		
	3. Objet de l'entreprise:	N° code (1)(2):	
	Téléphone n°: / Téléfax: /		
	4. Division, chantier ou classe et caractéristiques du navire où l'accident survenu:		
	N° code postal: Code localisation:		
5. N° Organisme financier:			
6. Service médical: Dénomination ou Nom/prénoms:	N° d'affiliation:		
(Ou médecin du travail)			
Rue/numéro/boîte	N° Code postal	Commune	
dc. L'employeur possède-t-il d'autres contrats?	Si oui, n° contrat	Branche	Assureur

VICTIME	12. Nom/prénoms (femme mariée: nom de jeune fille et de l'époux):			
	13. Rue/numéro/boîte:	N°Code postal	Commune	
	14. Lieu de naissance:	Date de naissance:	Sexe	Nationalité
	N° Organisme financier:	-		
	15. Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (veuve)	Langue		
	16. N° d'inscription au registre du personnel	Date d'entrée A M		
	18. Catégorie professionnelle: <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> domestique <input type="checkbox"/> marin			
	<input type="checkbox"/> Autre catégorie			
	19. Atelier, chantier, section, département où la victime exerce habituellement sa fonction :			
		N°Code postal:	Code tarif (1)(2):	
	20. Profession habituelle dans l'entreprise:	Code B.I.T. (2)		
	22. Mutuelle de la victime: Nom			
	Rue/Numéro/boîte:			
	N° Code postal: Commune:			
N° d'affiliation:				
dc. Affiliation aux petits risques? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
La victime possède-t-elle d'autres contrats?	Si oui: n° contrat	Branche	Assureur	

ACCIDENT	23. Jour de l'accident:	Date:	heure	min. :
	24. Jour, date et heure de la déclaration à l'employeur :	à		heures
	25. Heures normales de travail de la victime le jour de l'accident: avant-midi de	à		
		après-midi de	à	heures
	26. Lieu de l'accident:	N° Code postal:		
	27. Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa profession habituelle?			
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Si non, laquelle			
	28. Agent matériel (3)	N° code		
	29. Forme d'accident (3)	N° code		
	30. Procès-verbal dressé à	le	par	
	31. Nom et adresse du responsable éventuel			
32. et de son assureur + numéro de la police				

Noms et adresses des témoins

Nom Rue/numéro/boîte N° Code Postal Commune

LESIONS

33. Premiers soins donnés par _____ le _____ à _____ heures
34. Médecin traitant: Nom: _____
Adresse: _____
36. Etablissement hospitalier: Nom: _____
Adresse: _____
37. Lésion⁽³⁾ N° Code _____ Siège ⁽³⁾ _____ N° Code _____
38. Conséquence de l'accident
39. décès
40. la victime n'a pas interrompu le travail
41. la victime a interrompu le travail le _____ à _____ heures pour une durée probable de _____ jours ⁽⁵⁾⁽²⁾
42. un certificat médical est joint à la déclaration
43. le certificat médical sera envoyé le / /
44. Pourcentage d'incapacité permanente prévue ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁵⁾ _____ %

PREVENTION

45. Description détaillée des circonstances et des causes matérielles de l'accident:
46. – Où la victime était-elle mise au travail?
47. – Quelle était son occupation?
48. – Comment l'accident s'est-il produit?
49. – Quelles en sont les causes matérielles?
50. Mesures de préventions prises ou à prendre pour éviter semblables accidents ⁽³⁾:
N° Code _____
N° Code _____

51. Date: / /
52. Déclarant (avec sa qualité, s'il n'est pas l'employeur) :
53. Signature(s)

REMUNERATION

58. La victime travaille à temps plein à temps partiel
59. Salaire brut: par heure EUR par jour EUR par mois EUR par an EUR
63. La victime bénéficie ne bénéficie pas de primes
Préciser la nature, le montant et la périodicité,

(1) Pour répondre à ces questions, consulter votre contrat d'assurance.

(2) A mentionner par l'employeur s'il dispose de cette information

(3) Pour répondre à ces questions consulter l'article 835 quater du Règlement général pour la protection du travail

(4) A mentionner éventuellement

(5) Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

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*

3. que la victime était lors de l'accident:

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

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)