

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Entreprise d'assurances :

Numéro de police d'assurance : _____

Subdivision supplémentaire du numéro de police: _____

Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) : _____

Envoyez ce formulaire dans les 8 jours qui suivent l'accident l'assureur, avec à l'appui l'attestation médicale de premiers (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et l'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 : _____

2 Nom et prénom ou raison commerciale : _____

3 Rue/numéro/boite : _____

Code postal : _____ Commune : _____

4 Activité de l'entreprise : _____ Code NACE-Bel : _____

5 Numéro de téléphone de la personne de contact : _____

6 Numéro de compte auprès d'un établissement financier : _____

VICTIME

7 NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : _____

8 Nom : _____ Prénom : _____

9 Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____

10 Sexe : masculin féminin Nationalité : _____

12 Résidence principale – Rue/n°/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 : _____

13 Langue de correspondance avec la victime : français néerlandais allemand

14 Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (p. ex., oncle ou grands-parents)

15 Mutuelle – Code ou nom: _____ Rue/n°/boite : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Numéro d'affiliation : _____

16 Numéro de compte auprès d'un établissement financier : _____

17 Numéro Dimona de l'emploi : _____

18 Date d'entrée en service : _____

19 La date de fin du contrat de travail est-elle connue ? oui non

Si oui, date de fin du contrat de travail : _____

20 Profession habituelle dans l'entreprise : _____ Code CITP : _____

21 Lieu de travail normal – code postal : _____ commune : _____ pays: _____

22 Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession: _____

23 La victime travaillait-elle pour un employeur sous-traitant : oui non

24 La victime est-elle un(e) intérimaire ? oui non

Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise utilisatrice : _____

numéro ONSS de l'entreprise utilisatrice : _____

activité de l'entreprise utilisatrice : _____ Code NACE-Bel : _____

ACCIDENT

25 Jour de l'accident : _____ date : ____-____-200... heure : ____ min : ____

26 Date de notification à l'employeur : _____ heure : ____ min : ____

27 Nature de l'accident : accident du travail accident sur le chemin du travail

28 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : _____

de ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____

29 Lieu de l'accident – code postal : _____ commune : _____ pays : _____

30 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.) ? _____

31 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 les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.) . _____

32 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.) . _____

33 Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? oui non

Si non, quelle activité exerçait-elle ? _____

34 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.) . _____

35 Dernière déviation qui a conduit à l'accident: ⁽¹⁾ : _____ Code ⁽¹⁾ : ____

36 Agent matériel de cette déviation: ⁽¹⁾ : _____ Code ⁽¹⁾ : ____

37 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 _____

38 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 : _____

39 Y a-t-il eu des témoins ? oui non réponse inconnue

Si oui, nom - Rue/n°/boite - Code postal - Commune - Pays _____ Sorte⁽²⁾ _____

LÉSION

40 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., *outilage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.*)

41 Nature de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾:

42 Localisation de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾:

SOINS

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

44 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 ⁽³⁾:
 nom et prénom du médecin externe :
 rue/n°/boite :
 code postal : commune :

45 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 ⁽³⁾:
 dénomination de l'hôpital ⁽³⁾:
 rue/n°/boite :
 code postal : commune :

CONSÉQUENCES

46 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 : ____-____-____

47 Cessation de l'activité professionnelle – date : ____-____-____ heure : ____ min : ____

48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PRÉVENTION

49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? oui non
 Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime :

50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
 Code ⁽¹⁾:
 Code ⁽¹⁾:

51 Codes risques propres à l'entreprise :

52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident :
 Ouvriers : Employés :

53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident :
 par les ouvriers : jours de travail par les employés : jours de travail

54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : dans la profession habituelle :
 dans l'entreprise : dans le siège d'exploitation :

INDEMNISATION

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

56 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 autre (à préciser) :

57 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 69) non

58 Commission paritaire – dénomination : numéro : ____

59 Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

60 Nombre de jours par semaine du régime de travail : ____ jours et ____ centièmes

61 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : ____ heures et ____ centièmes

62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence: ____ heures et ____ centièmes

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

64 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 65)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 67)
 à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez avec la question 67)

65 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) € ,

66 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 : ____

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

68 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 : ____-____-____

69 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 :

⁽¹⁾: voir Annexe IV du chapitre I, 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)
⁽²⁾: noter "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect
⁽³⁾: à mentionner si la donnée est connue