

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 soins (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 Concentration 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 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 : Commune :
 Code postal :
 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 :
 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 : Commune :
 Code postal :
 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 :

Fiche d'accident : année n°
 Numéro d'accident chez l'assureur :
 Numéro DRS : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

ACCIDENT

25 Jour de l'accident : date :-.....-200..... heure : min :
 26 Date de notification à l'employeur :
 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, lot d'un hôtel, maison privée, égoût, jardin, autoroute, navire à quai, sous-voies, etc.) ?
 31 Précisez l'activité générale (le type de travail) qu'exerçait 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 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 porte, 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 deviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident (p. ex., effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissement ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, fuyeur, 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
 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) :

LESION

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, liquides, solides), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, confinement 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.)

41 Nature de la lésion (1) Code (1) :
 42 Localisation de la lésion (1) Code (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'INAMM (3) :
 nom et prénom du médecin externe :
 rue/rh/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'INAMM (3) :
 dénomination de l'hôpital (3) :
 rue/rh/boite :
 code postal : commune :

CONSEQUENCES

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 : heure : min :
 47 Cessation de l'activité professionnelle - date : jour : heure : min :
 48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jour : heure : min :

PREVENTION

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) :
 51 Codes risques propres à l'entreprise : Code (1) :
 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 :
 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 (passer à la question 69) non
 58 Commission paritaire - dénomination :
 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 victime : heures et centièmes
 63 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non
 64 Mode de rémunération : rémunération fixe (passer à la question 65)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passer à la question 67)
 à la commission (totale 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 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) : €
 66 Prime de fin d'année ? oui non
 Si oui, montant : €
 % de la rémunération annuelle
 montant forfaitaire de €
 rémunération d'un nombre d'heures : (exprimés sur base annuelle)

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

Declarant (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 1993 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