DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

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

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 :
11	Résidence principale : Rue/numéro/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 :
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 (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire(*): IBAN Etablissement financier : BIC
15	Numéro Dimona de l'emploi :
16	Date d'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 d'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 ? (1)? ☐ 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 notification à l'employeur : heure : min :
23	Nature de l'accident : ☐ accident du travail ☐ 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: ☐ dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 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/boite : Code postal : Commune : Pays : 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'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 boite, 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	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (2) ☐ poste de travail habituel ou unité locale habituelle ☐ poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur ☐ autre poste de travail
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 qui a conduit à l'accident : (3): Code (3):
32	Agent matériel de cette déviation : (3): Code (3):
33	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
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/numéro/boite Code postal Commune Pays Sorte(4)

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 de la lésion (3) : Code (3):
38	Localisation de la lésion (3) : Code (3):

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 (5): nom et prénom du médecin externe : rue/numéro/boite : 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 (5): dénomination de l'hôpital :

	rue/numéro/boite : code postal : commune :

CONSÉQUENCES	
42	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 :
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

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

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 ☐ employé de maison ☐ apprenti sous contrat ☐ stagiaire non rémunéré ☐ autre (à préciser) :
50	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? ☐ oui (passez à la question 62) ☐ non
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 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 ? ☐ 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 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) : €
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 de travail perdues : €

Déclarant (nom et qualité) :

Date :

Signature :

Nom du conseiller en prévention :

Date :

Signature :

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

(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.

Employeur : ……
……
……
Sinistre n°……
Police d'assurance n°……
Numéro DRS : ……

CERTIFICAT MEDICAL

(Loi sur les Accidents du travail – A.R. du 28 décembre 1971)

A RENVOYER

(1) Noms, prénoms, qualité, adresse

Je soussigné (1)……
……
……

Ayant examiné le …… à ……h……

(2) Nom, prénoms, adresse de la victime

(2) ……
……

déclare que :

(3) Indiquer : le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).

1. Que l'accident a produit les lésions suivantes (3) :

……
……
……
……
……
……
……

(4) Indiquer : les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire

2. Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) :

……
……
……
……
……
……
……

(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.

3. Que l'incapacité a commencé le (5) :

……
……

que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle
qu'un travail adapté est possible
Les restrictions sont :
……
……

que la victime est en incapacité totale du …….. au ……..

(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée	4. Que le blessé est soigné (6) : …… …… Fait à ……., le ……. Le médecin, (signature)