

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Numéro de police d'assurance :
Subdivision supplémentaire du n° de police :
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

Envoyez ce formulaire dans les 8 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 l'A.R. du 12 mars 2003). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés à l'art. 26 et 27 de l'A.R. 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 O.N.S.S. :
et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement :
2 Nom et prénom ou raison commerciale :
3 Rue/n°/boite : Code postal : Commune :
4 Activité de l'entreprise :
5 N° de téléphone de la personne de contact : 6 N° de compte bancaire :
N° de compte IBAN (*) : N° compte 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/n°/boite :
Code postal : Commune : Pays :
Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :
Rue/n°/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 (par exemple oncle ou grands-parents)
14 N° de compte bancaire :
N° de compte IBAN (*) : N° compte BIC :
15 N° 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 CTP :
Durée d'exercice de cette profession dans l'entreprise : ☐ moins d'1 semaine ☐ d'1 semaine à 1 mois ☐ d'1 mois à 1 an ☐ plus d'1 an
19 La victime est-elle intérimaire ? : ☐ oui ☐ non Si oui, n° 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, n° d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur -
Nom :
Adresse :

Fiche d'accident : année Numéro Numéro d'accident chez l'assureur : Numéro DRS :

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 le code postal et le n° du chantier)
Rue/n°/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.) :

ACCIDENT (suite) :

- 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 forestière, 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, le nettoyage, etc.) :
.....
- 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 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.) :
.....
- 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 : N° de police :
- 35 Y a-t-il eu des témoins ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue Si oui :
Nom et adresse : Sorte (4) :
Nom et adresse : Sorte (4) :
Nom et adresse : Sorte (4) :

LESION :

- 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) blessures(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. ____ N° INAMI du médecin externe (5) :
Nom et prénom du médecin externe :
Rue/n°/boite : Code postal : Commune :
- 41 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, date : ____ heure ____ min. ____ N° d'identification de l'hôpital à INAMI (5) :
Dénomination de l'hôpital :
Rue/n°/boite : Code postal : Commune :

CONSEQUENCES :

- 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 : _____ heure ____ min. ____
- 43 Cessation de l'activité professionnelle - date : _____ heure ____ min. ____
- 44 Date de la reprise effective du travail : _____
S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PREVENTION :

- 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 : _____ 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 :

(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 août 1996 (2) ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail (3) voir annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (A.R. 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.

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

Exemplaire destiné à Ethias

Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/220 33 50

CERTIFICAT MEDICAL

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc...
- (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.
- (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.

Le soussigné (1)
.....ayant examiné (2)
.....
après l'accident qui lui est survenu le
déclare :
1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)
.....
.....
2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4)
.....
.....
3° Que l'incapacité a commencé (commencera) le (5)
.....
.....
4° Que le blessé est soigné (6)
.....
.....

Fait à, le à h.

Signature

Déclarations complémentaires

1. Estimez-vous que la lésion constatée a pour cause l'accident relaté à la demande de soins ?	
2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? b) Incapacité probable de travail : Incapacité totale probable Incapacité partielle probable	jours, soit du aujours, soit du au à %jours, soit du au à %
3. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le à heures
4. Doit-on craindre une issue fatale ?	
5. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	
6. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ? Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été effectuée ? Par quel radiologue ? Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?	
7. Le blessé peut-il se déplacer ?	