

■ Déclaration d'accident du travail

Entreprise d'assurances :
 Numéro de police d'assurance : Fiche d'accident : année n° :
 Subdivision supplémentaire du numéro de police : Numéro d'accident chez l'assureur :
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) : Numéro DRS :

■ 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 : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Nationalité :
12	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 :	
13	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand	
14	Parenté avec l'employeur : <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)	
16	Numéro de compte bancaire(*): IBAN	
	Etablissement financier : BIC	
17	Numéro Dimona de l'emploi :	
18	Nom ou code de la mutuelle :	numéro d'affiliation :
19	Date d'entrée en service :	
20	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée	
	La date de fin du contrat de travail est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Si oui, date de fin du contrat de travail :	
21	Profession habituelle dans l'entreprise :	Code CIP :
	Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise :	
	<input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an	
23	La victime est-elle intérimaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise utilisatrice:	
	Nom:	
	Adresse:	

24 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**

25 Jour de l'accident : date :-.....-20..... 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:
 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:

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 tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage).

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 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

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 : ⁽³⁾: Code ⁽³⁾:

36 Agent matériel de cette déviation : ⁽³⁾: Code ⁽³⁾:

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/numéro/boîte - Code postal - Commune - Pays Sorte⁽⁴⁾

■ 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., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

41 Nature de la lésion ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾:

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

■ 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/numéro/boîte :
 Code postal : Commune : Pays :

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 :
 rue/numéro/boîte :
 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 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

49 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 :

50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
 Code ⁽³⁾:
 Code ⁽³⁾:

51 Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾:

■ 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
 stagiaire non rémunéré 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 (sous-)paritaire – dénomination : numéro : • •

59 Nature du 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 concernant la victime : heures et centièmes

62 Nombre moyen d'heures par semaine concernant 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) (passez à 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⁾ 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 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.

⁽⁷⁾ Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Employeur :

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je 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 la durée du chômage est approximativement fixée à (*):

.....

4. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) :

.....

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible/n'est pas possible. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

.....

6. que le blessé est soigné (6) :

.....

Fait à, le

Le médecin,
 (Signature)

Exemplaire compagnie d'assurances

Contrat n° :

(1) Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

(2) Nom, prénom, adresse de la victime.

(3) Indiquer : le genre, la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures 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 médecin doit déterminer si l'incapacité résulte des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

(*) N.B. - Si la reprise du travail n'est pas possible après cette période, il y a lieu d'adresser **immédiatement** à la compagnie un certificat de prolongation de l'incapacité temporaire.