# DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

COMPAGNIE
ADRESSE
TEL FAX

Num®ro de police d'assurance : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
Subdivision suppl®mentaire du nÁde police : é é é é é é é é é é é é é é
Code tarifaire de la victime (voir police dôassurance) : é é é é é é é é é .

Envoyez ce formulaire dans les 8 jours qui suivent lôaccident ¨ lôassureur avec, ¨ lôappui, lôattestation m®dicale 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 d®claration dôun accident grave ¨ lôinspection SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date ¨ laquelle elle doit se faire sont stipul®s ¨ l'art. 26 et 27 de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif ¨ la politique du bien-°tre des travailleurs lors de l'ex®cution de leur travail.

**EMPLOYEUR :**

1 Num®ro dôentreprise : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Num®ro O.N.S.S. :. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
et, en cas de plusieurs ®tablissements, num®ro dôunit®dô®tablissement : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
2 Nom et pr®nom ou raison commerciale : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .
3 Rue/nÁboite : .....é é é Code postal : __ __ __ __ Commune : .....é é é
4 Activit®de l'entreprise : .....é .....é é é é é é é é é é é é é é é é é
5 NÁde t®®phone de la personne de contact : é é é é é é é é é é é 6 NÁde compte bancaire : __ __ __ - __ __ __ __ __ __ __ - __ __
NÁde compte IBAN (*) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NÁcompte BIC : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**VICTIME :**

7 NISS (num®ro dôidentification de la s®curit®sociale) : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
8 Nom : ..... Pr®nom : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
9 Lieu de naissance : .....é é é é é é é é é é é .. Date de naissance : __ __ __ __ __ __ __ __
10 Sexe : ☐ masculin ☐ f®minin Nationalit®: é é é é é ..é é é é é é é é é é é é é é é
11 R®sidence principale : Rue/nÁboite : .....é é é é é é
Code postal : __ __ __ __ Commune : ..... Pays : é é é é
Adresse de correspondance (¨ mentionner si elle diff¯re de la r®sidence principale) :
Rue/nÁboite : .....é é é é é é
Code postal : __ __ __ __ Commune : ..... Pays : é é é é
Num®ro de t®®phone : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
12 Langue de correspondance avec la victime : ☐ fran-ais ☐ n®erlandais ☐ allemand
13 Parent®avec lôemployeur : ☐ pas parent(e) ☐ au premier degr®(parents et enfants) ☐ autre (par exemple oncle ou grands-parents)
14 NÁde compte bancaire : __ __ __ - __ __ __ __ __ __ __ - __ __
NÁde compte IBAN (*) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NÁcompte BIC : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
15 NÁDimona de lôemploi : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ 16 Date d'entr®e en service : __ __ __ __ __ __ __ __
17 Dur®e du contrat de travail : ☐ ind®termin®e ☐ d®termin®e
La date de sortie de service est-elle connue ? : ☐ oui ☐ non Si oui, date de sortie de service : __ __ __ __ __ __ __ __
18 Profession habituelle dans l'entreprise : .....é .....é ...é é . Code CITP : __ __ __
Dur®e dôexercice de cette profession dans lôentreprise : ☐ moins dô1 semaine ☐ dô1 semaine ¨ 1 mois ☐ dô1 mois ¨ 1 an ☐ plus dô1 an
19 La victime est-elle int®rimaire ? : ☐ oui ☐ non Si oui, nÁdôentreprise de lôentreprise utilisatrice -__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Nom : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
Adresse : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
20 Au moment de lôaccident, la victime travaillait-elle dans lô®tablissement dôun autre employeur dans le cadre de travaux effectu®s par une entreprise ext®rieure (1) ? : ☐ oui ☐ non Si oui, nÁdôentreprise de lôentreprise de cet autre employeur -__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Nom : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
Adresse : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

Fiche dôaccident : ann®e é é é .. Num®ro é é é é Num®ro dôaccident chez lôassureur : é é é é Num®ro DRS : é é é é é é é é é é

**ACCIDENT :**

21 Jour de l'accident é é é é é é é é é é é é é é é .é é é é é .é . date : __ __ __ __ __ __ __ __ heure __ __ min. __ __
22 Date de notification ¨ lôemployeur : __ __ __ __ __ __ __ __ heure __ __ min. __ __
23 Nature de lôaccident : ☐ accident du travail ☐ accident sur le chemin du travail
24 Horaire de travail de la victime le jour de lôaccident : de __ __ h. __ __ ¨ __ __ h. __ __ et de __ __ h. __ __ ¨ __ __ h. __ __
25 Lieu de lôaccident : ☐ dans lôentreprise ¨ lôadresse mentionn®e au champ 3
☐ sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : ☐ oui ☐ non
☐ ¨ un autre endroit
Si vous avez coch®une des deux derni¯res cases, indiquez lôadresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement le code postal et le nÁdu chantier)
Rue/nÁboite : .....é é é é é é
Code postal : __ __ __ __ Commune : ..... Pays : é é é é é é
Num®ro du chantier : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
26 Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque lôaccident sôest 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.) :*
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

**ACCIDENT (suite) :**

27 Pr®cisez lôactivit®g®n®rale (le type de travail) quôeffectuait la victim e ou la t©che (au sens large) quôelle accom plissait lorsque lôaccident sôest 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.) :*
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

28 Pr®cisez lôactivit®sp®cifique de la victime lorsque lôaccident sôest 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.) :*
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

29 A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (2) :
- ☐ poste de travail habituel ou unit®locale habituelle
- ☐ poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de lôemployeur
- ☐ autre poste de travail

30 Quels ®v®nements d®viant par rapport au processus normal du travail ont provoqu®lôaccident ? *(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.).* Pr®cisez tous ces faits ET les objets impliqu®s sôils ont jou®un r¹ le dans leur survenue *(p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :*
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

31 Derni¯re d®viation qui a conduit ¨ lôaccident (3) : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ... Code (3) __ __
32 Agent mat®riel de cette d®viation (3) : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . Code (3) __ __ . __ __
33 Un proc¯s-verbal a-t-il ®®dress®? : ☐ oui ☐ non ☐ r®ponse inconnue
Si oui, le proc¯s-verbal porte le num®ro dôidentification : é é é é é é é é é é é é et a ®®r®dig®¨ :é é é é é é é é é é é é é é é .
le __ __ __ __ __ __ __ __ par é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

34 Un tiers peut-il °tre rendu responsable de lôaccident ? : ☐ oui ☐ non ☐ r®ponse inconnue
Si oui, nom et adresse : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

**CONSEQUENCES :**

42 Cons®quences de l'accident : ☐ pas dôincapacit®temporaire de travail, pas de proth¯ses ¨ pr®voir
☐ pas dôincapacit®temporaire de travail, mais des proth¯ses ¨ pr®voir
☐ incapacit®temporaire de travail
☐ incapacit®permanente de travail ¨ pr®voir
☐ d®c¯s, date du d®c¯s : __ __ __ __ __ __ __ __
43 Cessation de lôactivit®professionnelle - date : __ __ __ __ __ __ __ __ heure __ __ min. __ __
44 Date de la reprise effective du travail : __ __ __ __ __ __ __ __
Sôil nôy a pas encore eu reprise, dur®e probable de lôincapacit®temporaire de travail : é é é é é é é é jours

**PREVENTION :**

45 De quels moyens de protection la victime ®tait-elle ®quip®e lors de lôaccident ? : ☐ aucun ☐ casque ☐ gants ☐ lunettes de s®curit®
☐ ®cran facial ☐ veste de protection ☐ tenue de signalisation ☐ protection de lôouje ☐ chaussures de s®curit®
☐ masque respiratoire avec apport dôair frais ☐ masque respiratoire ¨ filtre ☐ masque antiseptique ☐ protection contre les chutes
☐ autre : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
46 Mesures de pr®vention prises pour ®viter la r®p®tition dôun tel accident :
é é é é é é .....é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. Code (3) __ __ __
é é é é é é .....é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. Code (3) __ __ __
47 Codes risques propres ¨ lôentreprise (6) : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

**INDEMNISATION :**

48 La victime est-elle affili®e ¨ lôONSS ? : ☐ oui ☐ non Si non, donnez-en le motif : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. é
49 Code du travailleur de lôassurance sociale : __ __ __
Sôil nôest pas connu, mentionnez la cat®gorie professionnelle : ☐ ouvrier ☐ employ® ☐ employ®de maison ☐ apprenti sous contrat
☐ stagiaire non r®mun®r® ☐ autre (¨ pr®ciser) : é é é é é é é é é é
50 Sôagit-il dôun apprenti en formation pour devenir chef dôentreprise ? : ☐ oui (passez ¨ la question 62) ☐ non
51 Commission (sous) paritaire ï d®nomination : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é Num®ro : é é é é é é
52 Nature du contrat de travail : ☐ ¨ temps plein ☐ ¨ temps partiel
53 Nombre de jours par semaine du r®gime de travail : __ jours et __ __ centi¯mes
54 Nombre moyen dôheures par semaine concernant la victime : __ __ heures et __ __ centi¯mes
55 Nombre moyen dôheures par semaine concernant la personne de r®f®rence : __ __ heures et __ __ centi¯mes
56 La victime est-elle une personne pensionn®e exer-ant encore une activit®professionnelle ? : ☐ oui ☐ non
57 Mode de r®mun®ration : ☐ r®mun®ration fixe (passez ¨ la question 58)
☐ ¨ la pi¯ce ou ¨ la t©che ou ¨ fa-on (passez ¨ la question 60)
☐ ¨ la commission (totalement ou partiellement) (passez ¨ la question 60)
58 Montant de base de la r®mun®ration : - unit®de temps : ☐ heure ☐ jour ☐ semaine ☐ mois ☐ trimestre ☐ ann®e
- en cas de r®mun®ration variable, cycle correspondant ¨ lôunit®de temps d®clar®e : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
- total des r®mun®rations et des avantages assujettis ¨ lôONSS, sans heures suppl®m entaires, p®cule de vacances compl®mentaire et prime de fin dôann®e (le montant d®clar®doit correspondre ¨ lôunit®de temps ou ¨ lôunit®de temps et au cycle) : __ __ __ __ __ __ __ __ , __ __ __ __ ú
59 Prime de fin dôann®e ? : ☐ oui ☐ non
Si oui, montant : ☐ __ __ , __ __% de la r®mun®ration annuelle ☐ montant forfaitaire de __ __ __ __ __ __ __ __ , __ __ ú
☐ r®mun®ration dôun nombre dôheures : __ __ __ heures
60 Autres avantages non vis®s dans une autre rubrique : __ __ __ __ __ __ , __ __ ú (exprim®s sur base annuelle)
Nature des avantages : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. é
61 La victime a-t-elle chang®de fonction durant lôann®e pr®c®dant lôaccident du travail ? : ☐ oui ☐ non
Si oui, date du dernier changement de fonction : __ __ __ __ __ __ __ __
62 Nombre dôheures de travail perdues le jour de lôaccident : __ __ , __ __
Perte salariale pour les heures de travail perdues : __ __ __ , __ __ ú

D®clarant (nom et qualit®) :
é é é é é é é é é é é é é é é é . é é é é é é é é é é é é é é é é é .
Date __ __ __ __ __ __ __ __
Signature : Signature :

Nom du conseiller en pr®vention :
Date __ __ __ __ __ __ __ __

(1) au sens de la l®gislation relative au bien-°tre des travailleurs lors de lôex®cution de leur travail et, particuli¯rement, de la section 1re ç Travaux dôentreprises ext®rieures è du chapitre IV ç Dispositions sp®cifiques concernant les travaux effectu®s par des entreprises ext®rieures è de la loi du 4 ao¾t 1996 (2) ne pas compl®ter sôil sôagit dôun accident sur le chemin du travail (3) voir annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-°tre (A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la pr®vention et la protection au travail) (4) mentionnez ç D è pour un t®moin direct et ç I è pour un t®moin indirect (5) ¨ compl®ter si la donn®e est connue (6) champ facultatif (*) format obligatoire ¨ partir de 2011. Jusquô¨ 2010, vous pouvez mentionner le num®ro de compte dans le format en 12 positions.

63 Mutuelle : Code ou nom : __ __ __ __ é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .
Rue/nÁboite : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
Code postal : __ __ __ __ Commune : .....
Num®ro dôaffiliation : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

**Exemplaire destin®¨ :**

Tel Fax

---

# CERTIFICAT MEDICAL

(1) Nom, pr®noms, qualit®, adresse du m®decin.
(2) Nom, pr®noms, adresse de la victime.
(3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion ¨ la t°te, aux doigts ; l®sions internes, asphyxie, etcé
(4) Indiquer les suites certaines ou pr®sum®es des l®sions constat®es : mort ï incapacit®perm anente, totale ou partielle ï incapacit®tem poraire, totale ou partielle, en mentionnant la dur® pr®sum® de cette incapacit® temporaire.
(5) Le fait que le m®decin a m ission de constater est l'incapacit®r®sultant normalement des l®sions m°mes, sans avoir ®gard ¨ toutes autres circonstances.
(6) Indiquer, selon les cas, que le bless®est soign®¨ son domicile, ou ¨ celui du m ®decin, ou ¨ tel h¹ pital, ou encore ¨ tel autre endroit.

Le soussign®(1) .....
.....ayant examin®(2) .....
.....
apr¯s l'accident qui lui est survenu le .....
d®clare :

1ÁQue l'accident a produit les l®sions suivantes (3) .....
.....
.....

2ÁQue ces l®sions ont eu (auront) pour cons®quence (4) .....
.....
.....

3ÁQue l'incapacit®a commenc®(commencera) le (5) .....
.....

4ÁQue le bless®est soign®(6) .....
.....
.....

Fait ¨ é é ..é é é é é é é é é é , le é é é é é é é é é é é ¨ é é .. h. é é .
Signature

| D®clarations compl®mentaires | |
|---|---|
| 1. Estimez-vous que la l®sion constat® a pour cause l' accident relat®¨ la demande de soins ? | ..... |
| 2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmit®s, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? | é é é é é é é é é é é