

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Entreprise d'assurances: SA AXA Belgium
 Boulevard du Souverain 25 1170 Bruxelles (Belgique)
 Tél. 02-678.61.11 - Fax 02-678.81.48



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 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 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 stipulées 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 : _____ Pays : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) - Rue/numéro/boite : _____ Pays : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 12 Numéro de téléphone : _____
 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 _____
 15 Etablissement financier : BIC _____
 16 Numéro Dimona de l'emploi : _____
 17 Date d'entrée en service : _____
 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 CIP : _____
 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 : _____

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

ACCIDENT

21 Jour de l'accident : _____ date : _____ - 20 _____ heure : _____ min : _____
 22 Date de notification à l'employeur : _____
 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 : _____
 25 Lieu de l'accident : _____ et de _____ à _____
 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 connu 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 : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Code postal : _____
 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 boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) **EI** 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 EI 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⁾ _____
 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 : 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, rayons, envenimelement, enlèvement, par quelque chose (gaz, liquides, solides), 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 :

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 reprise effective du travail : heure : min :
S'il n'y a pas encore de reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

⁽¹⁾ au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs vis 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 si s'agit d'un accident sur le chemin du travail

⁽³⁾ voir l'annexe IV du chapitre 1er, 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.

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
 protection contre les chutes masque antiseptique
 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 (passer à la question 62) non
Commission (sous-paritaire – dénomination : numéro :)
- 51 Nature du contrat de travail : à temps plein à temps partiel
- 52 Nombre de jours par semaine du régime de travail : jours et centièmes
- 53 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la victime : heures et centièmes
- 54 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la personne de référence : heures et centièmes
- 55 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle? oui non
Mode de rémunération : rémunération fixe (passer à la question 58)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passer à la question 60)
 à la commission (totalement ou partiellement) (passer à la question 60)
- 58 Montant de base de la rémunération :
 à l'unité de temps : heure jour semaine mois trimestre année
- unité de temps :
- 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 :
 montant forfaitaire de €
 rémunération d'un nombre d'heures (expriées sur base annuelle)
- 60 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € Nombre d'heures :
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 : €
- 63 Déclarant (nom et qualité) : Nom du conseiller en prévention :
Date : Date :
Signature : Signature :
- 63 Mutuelle – Code ou nom :
Rue/n°/boite :
Code postal : Commune