

**DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL**

Entreprise d'assurances : .....  
 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 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) : ..... Prénom : .....  
 8 Nom : .....  
 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 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  plus d'un an  
 19 La victime est-elle intermittente ?  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 : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**ACCIDENT**

21 Jour de l'accident : ..... date : .....-20..... 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 : ..... Commune : ..... Pays : .....  
 Code postal : .....  
 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, égoût, 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 déassemblage, 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, montage 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 devant 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, glissement 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 : ..... Numéro de police : .....  
 nom et adresse de l'assureur : .....  
 35 Y a-t-il eu des témoins ?  oui  non  réponse inconnue  
 Si oui, Nom - Rue/numéro/boite - Code postal - Commune - Pays .....  
 Sorte<sup>(4)</sup> : .....

**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) 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 <sup>(3)</sup> : ..... Code <sup>(3)</sup> : .....  
 Localisation de la lésion <sup>(3)</sup> : ..... Code <sup>(3)</sup> : .....

**SOINS**

39 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ?  oui  non  
 Si oui, date : ..... heure : .. min : ..  
 Qualité du dispensateur : .....

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 <sup>(5)</sup> : .....  
 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 <sup>(5)</sup> : .....  
 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 : ..  
 Si l'ny a pas encore eu reprise, ..... jours

43 Cessation de l'activité professionnelle – date : ..... heure : .. min : ..  
 Date de reprise effective du travail : .....  
 durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

44 (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 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)

**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 <sup>(3)</sup> : .....  
 Code <sup>(3)</sup> : .....  
 Codes usages propres à l'entreprise <sup>(6)</sup> : .....

**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-)partaire – 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 59)  
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60)  
 à la commission (totallement 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, pénurie 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) : € .....  
 Prime de fin d'année ?  oui  non  
 Si oui, montant : € ..... % de la rémunération annuelle

59 .....  
 montant forfaitaire de € .....  
 rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures : ..... (exprimés sur base annuelle)

60 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € .....  
 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) : ..... Nom du conseiller en prévention : .....  
 Date : ..... Date : .....

Signature : ..... Signature : .....

(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 : .....