

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Version 1/1/2012

Entreprise d'assurances :
 Numéro de police d'assurance :
 Subdivision supplémentaire du numéro de police :
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

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

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) : |
| 8 | Nom : Prénom : |
| 9 | Lieu de naissance : Date de naissance : |
| 10 | Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : |
| 11 | 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 : |
| 12 | Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand |
| 13 | 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) |
| 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 : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : <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 |
| 19 | La victime est-elle intérimaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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⁾ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur: Nom: Adresse: |

| ACCIDENT | |
|----------|---|
| 21 | Jour de l'accident : date : ____-____-20____ heure : ____ min: ____ |
| 22 | Date de notification à l'employeur : heure : ____ min: ____ |
| 23 | Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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: |
| 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' <u>activité générale</u> (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' <u>activité spécifique</u> 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.) <u>ET</u> les <u>objets</u> 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⁾ <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> 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 <u>ET</u> les <u>objets</u> 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⁾ : |

