

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

ETHIAS - Accidents du travail
rue des Croisiers, 24 4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11 Fax 04/220.33.50

N° Police d'assurance :
Subdivision supplémentaire du n° de police :
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

Envoyez ce formulaire dans les 10 jours ouvrables qui suivent l'accident : 1° à l'assureur, avec à l'appui l'attestation médicale de premiers soins ; 2° à l'inspecteur technique compétent pour la sécurité du travail du Ministère de l'Emploi et du Travail, s'il s'agit d'un accident survenu dans le secteur du bâtiment ou sur un chantier temporaire et mobile ou si la victime est un étudiant ou un intérimaire (art. 62 de la loi du 10/04/1971 sur les accidents du travail et art. 1^{er} de l'A.R. du 28/12/1971). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection technique du Ministère de l'Emploi et du Travail et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés à l'art. 26 de l'A.R. du 27/03/1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. du 31/03/1998).

EMPLOYEUR :

1 Numéro d'entreprise : □□□□-□□□□-□□□□ Numéro O.N.S.S. : □□□/□□□□□□□□/□□
2 Nom et prénom ou raison commerciale :
3 Rue/n°/boite : Code postal : □□□□ Commune :
4 Activité de l'entreprise : Code NACE-Bel : □□□□□
5 N° de téléphone de la personne de contact : 6 N° de compte financier □□□-□□□□□□□□-□□

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 Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (veuve)
12 Résidence principale : Rue/n°/boite : Pays :
Code postal : □□□□ Commune :
Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :
Rue/n°/boite :
Code postal : □□□□ Commune : Pays :
13 Langue de correspondance avec la victime : français néerlandais allemand
14 Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (par exemple oncle ou grands-parents)
15 Mutuelle : Code ou nom : N° d'affiliation :
Rue/n°/boite :
Code postal : □□□□ Commune :
16 N° de compte financier : □□□-□□□□□□□□-□□ 17 N° Dimona de l'emploi : □□□□□□□□□□□□
18 Date d'entrée en service : □□□□ □□□□
19 La date de fin de contrat de travail est-elle connue ? : oui non Si oui, date de fin de contrat de travail : □□ □□ □□□□
20 Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP : □□□
21 Lieu de travail normal : Code postal : □□□□ Commune : Pays :
22 Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession :
23 La victime travaillait-elle pour un employeur sous-traitant ? : oui non
24 La victime est-elle un(e) intérimaire ? : oui non Si oui, n° ONSS de l'entreprise utilisatrice : □□□/□□□□□□□□/□□
Activité de l'entreprise utilisatrice : Code NACE-Bel : □□□□□

Fiche d'accident : année Numéro Numéro d'accident chez l'assureur :
Numéro DRS :

ACCIDENT :

25 Jour de l'accident date : □□.□□.□□□□ 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 la victime le jour de l'accident : de □□ h. □□ à □□ h. □□
et de □□ h. □□ à □□ h. □□
29 Lieu de l'accident : Code postal : □□□□ Commune : Pays :
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 forestière, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.) :
.....
.....
.....

ACCIDENT (suite) :

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 Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? : oui non

Si non, quelle activité exerçait-elle ? :

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 Forme de l'accident (1) : Code (1)

36 Causes matérielles (agent) (1) : Code (1)

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 : N° de police :

39 Y a-t-il eu des témoins ? : oui non réponse inconnue

Si oui :

Nom et adresse : Sorte (2) :

Nom et adresse : Sorte (2) :

Nom et adresse : Sorte (2) :

LESION :

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) blessures(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 (1) : Code (1)

42 Siège de la lésion (1) : Code (1)

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. N° INAMI du médecin externe (3) :

Nom et prénom du médecin externe :

Rue/n°/boite : Code postal : Commune :

45 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? : oui non réponse inconnue

Si oui, date : .. heure min. N° d'identification de l'hôpital à INAMI (3) :

Dénomination de l'hôpital :

Rue/n°/boite : Code postal : Commune :

CONSEQUENCES :

- 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 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PREVENTION :

- 49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? : oui non
 Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime :
- 50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident : Code (1)
 Code (1)
- 51 Codes risques propres à l'entreprise :
- 52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident: Ouvr. Empl.
- 53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident: Ouvr. Empl.
- 54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : dans la profession habituelle :
 dans l'entreprise : dans le siège d'exploitation :

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 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 paritaire – dénomination : Numéro :
- 59 Type de 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 en ce qui concerne la victime : heures et centièmes
- 62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui concerne 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) (poursuivez avec 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 : , heures
- 67 Autres avantages assujettis ou non à l'ONSS : € (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) :

Date

Signature :

Nom du conseiller en prévention :

Date

Signature :

- (1) voir annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (A.R. du 27 mars 1998)
 (2) noter « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect
 (3) à mentionner si la donnée est connue

Exemplaire destiné à Ethias

Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. (04) 220 31 11 - Fax (04) 220 33 50

CERTIFICAT MEDICAL

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture 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 fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.

Le 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 l'incapacité a commencé (commencera) le (5)
.....
.....
4° Que le blessé est soigné (6)
.....
.....

Fait à, le
Signature

Déclarations complémentaires

1. Estimez-vous que la lésion constatée a pour cause l'accident relaté à la demande de soins ?
2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? b) Incapacité probable de travail : Incapacité totale probable Incapacité partielle probable jours, soit du au jours, soit du au à % jours, soit du au à %
3. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le à heures
4. Doit-on craindre une issue fatale ?
5. Doit-on craindre une invalidité permanente ?
6. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ? Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été effectuée ? Par quel radiologue ? Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?
7. Le blessé peut-il ou ne peut-il pas se déplacer ?