

N° d'agence Nom - forme juridique Adresse / Siège social

N° RPM / TVA N° IBAN N° FSMA

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Numéro police d'assurance: Fiche d'accident: année n°	
Subdivision supplémentaire du numéro de police Numéro d'accident chez l'assureur :	
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance):	est
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 : adresse email :	
6. Numéro de compte bancaire (*): IBAN	
Etablissement tinancier: BIC [] - []	
VICTIME	
7. NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) :	
8. Nom:	
9. Lieu de naissance :	
10. Sexe : Imasculin Iféminin Nationalité :	
11. Etat civil: \(\text{Loc}\) elibataire \(\text{Lmarié}(e) \(\text{Ldivorcé}(e) \(\text{Lveuve} \) veuf(veuve) \(\text{adresse email} : \).	
12. 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 :Pays :	
13. Langue de correspondance avec la victime : □français □néerlandais □allemand	
14. Parenté avec l'employeur :	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □□□□	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □□□	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □□□	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ Commune: Code postal: □ □ Commune: Numéro d'affiliation : 16. Numéro de compte bancaire (*) : IBAN □ □ □ □ □ □ 17. Numéro Dimona de l'emploi : □ □ □ □ □ □ 18. Date d'entrée en service : □ □ □ □ □ □ 19. Durée du contrat de travail : □indéterminée □déterminée	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent(e) □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : □pas parent[e] □au premier degré (parents et enfants) □autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
14. Parenté avec l'employeur : _pas parent(e)	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : Rue / numéro / boite : Code postal: Commune: Numéro d'affiliation : 16. Numéro de compte bancaire (*) : IBAN	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom :	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : Rue / numéro / boite : Code postal: Commune: Numéro d'affiliation : 16. Numéro de compte bancaire (*) : IBAN	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent(e) du premier degré (parents et enfants) dutre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom : Rue / numéro / boite : Code postal: Commune: Numéro d'affiliation : 16. Numéro de compte bancaire (*) : IBAN	
14. Parenté avec l'employeur :	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent(e) au premier degré (parents et enfants) autre (p. ex., oncle ou grands-parents) 15. Mutuelle - Code ou nom :	
14. Parenté avec l'employeur : pas parent[e]	

ACCIDENT

23. Jour de l'accident :
24. Date de notification à l'employeur : heure : min. :
25. Nature de l'accident : 🗆 accident du travail 🗀 accident sur le chemin du travail
26. Horaire de la victime le jour de l'accident : deh àh et deh àh
27. Lieu de l'accident :
□dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 □sur le lieu de télétravail
□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 derrières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulemant code postal et n° du chantier)
Rue/numero/boite:
Code postal : Dommune: Pays: P
Numéro du chantier :
28. 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.).
29. Précisez <u>l'activité général</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 on forestier, tâches avec
des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travil 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.)
30. Précisez <u>l'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 boite, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) ET les
objets <u>impliqués</u> (<u>p.ex.</u> , outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
31. Aquel 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
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 ?:
32. Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p.ex., problème électrique, explosion, feu, déborde-
ment, 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, matéri-
aux, objets, instruments, substances, etc.)
33. Dernière déviation qui a conduit à l'accident (3):
34. Agent matériel de cette déviation (3):
35. Un procès-verbal a-t-il été dressé ? : □oui □non □réponse inconnue
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identificationet a été rédigé à
le par
36. 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 :
37. Y a-t-il eu des témoins ? : □oui □non □réponse inconnue
Si oui, Nom - rue/nº/boite - Code postal - Commune

LESION

38. Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique au psychique)? Pré provoqué la (les) blessure(s) (p. ex., contact avec un courant électrique, avec sement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locol etc.) ET les objets impliqués (p. ex., outillage, machine, équipement, matéria	une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelis- contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant moteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne,
39. Nature de la lésion ⁽³⁾	
SOINS	
41. Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? : \(\text{oui} \) \(\text{Innon} \) Si oui, date : \(\text{Innon} \) - \(\text{Innon} \) heure : \(\text{Innon} \) min. : \(\text{Innon} \) Qualité du dispensateur : \(\text{Description des soins dispensés : } \)	
42. Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? : □oui Si oui, date : □ - □ - □ heure : □ min. : □	□non □réponse inconnue
numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI ⁽⁵⁾ :	
nom et prénom du médecin externe :	
Rue / n° / boite :	
43. Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? : □oui □non Si oui, date : □ - □ - □ heure : □ min. : □ numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI ^[5] : □ - □ - □	
dénomination de l*hôpital :	
Rue / n° / boite :	
CONSEQUENCES	
44. 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 occupation temporaire avec travail adapté (prestations réduites ou autre fo incapacité temporaire totale de travail à partir du incapacité permanente de travail à prévoir décès, date du décès :	nction, sans perte de salaire) à partir du heure : min. :
45. Date de reprise effective du travail habituel/au poste d'origine :	
46.S'il n'y a pas encore eu de reprise complète du travail habituel/au poste d'orig totale ou partielle de travail/du travail adapté: jours	ine durée probable de l'incapacité temporaire
PREVENTION	
47. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident	?
□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 □autre :	□masque antiseptique
48.Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :	(2)
49.Codes risques propres à l'entreprise ^[6] :	

- [1] Au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'execution de leur travail et, particulièrement, de la section 1re "Travaux d'entreprises extérieures " du chapitre IV " Dispositions spécifiques concernant les travaux effectuées 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 ler, 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) A 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.

INDEMNISATION

50. La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? : 🗆 oui 🗆 non			
Si non, donnez-en le motif :			
51. Code du travailleur de l'assurance sociale :			
S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : 🗆 ouvrier 🗅 employé 🗅 apprenti/stagiaire assujetti à L'ONSS			
□ Apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS □ employé de maison □ autre (à préciser) :			
52.Si « apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS », type de stage ou de formation : 🗆 F1 💢 F2 > passez à la question 65			
53. S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? □ oui (passez à la question 65) □ non			
54.Commission paritaire - dénomination :			
55. Type de contrat de travail : □ à temps plein □ à temps partiel			
56. Nombre de jours par semaine du régime de travail :jours et centièmes			
57. Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : heures et centièmes			
58. Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence : heures et centièmes			
59.La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? 🗆 oui 🗎 non			
60. Mode de rémunération: 🔲 rémunération fixe (passez à la question 61)			
☐ à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 63)			
☐ à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez av	rec la question 63)		
61. 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, pé	écule de vacances complémentaire et prime de find'année		
(le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) : €,,			
62. Prime de fin d'année : □oui □non			
Si oui, montant :			
□montant forfaitaire de €			
□rémunération d'un nombre d'heures. Nombre d'heures :			
63. Autres avantages assujettis ou non à l'ONSS : € (exprimés sur base annuelle)			
Nature des avantages :			
64. 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 :			
65. Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident :			
Perte salariale pour les heures de travail perdues : €			
66. Sécretariat Social agréee : Nom :	Numéro d'affiliation :		
Rue / numéro / boite:			
Code postal : Commune :			
Code postar Commune :			
Déclarant (nom et qualité) :	Nom du conseiller en prévention :		
Date	Date		
Signature:	Signature:		