

= données obligatoires

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

ETHIAS - Accidents du travail
rue des Croisiers, 24 4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11 Fax 04/249.65.50

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

Envoyez ce formulaire dans les 8 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'A.R. du 12 mars 2003). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés à l'art. 26 et 27 de l'A.R. 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 O.N.S.S. :
et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement :
- 2 Nom et prénom ou raison commerciale :
- 3 Rue/n°/boite : Code postal : Commune :
- 4 Activité de l'entreprise :
- 5 N° de téléphone de la personne de contact : 6 N° de compte bancaire :
N° de compte IBAN (*) : N° compte 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/n°/boite : Code postal : Commune : Pays :
- Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :
Rue/n°/boite : Code postal : Commune : Pays :
- Numéro de téléphone :
- 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 (par exemple oncle ou grands-parents)
- 14 N° de compte bancaire : N° compte BIC :
- 15 N° Dimona de l'emploi : 16 Date d'entrée en service :
= début du stage
- 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 : Code CITP :
- 18 Profession habituelle dans l'entreprise :
Durée d'exercice de cette profession dans l'entreprise : moins d'1 semaine d'1 semaine à 1 mois d'1 mois à 1 an plus d'1 an
- 19 La victime est-elle intérimaire ? : oui non Si oui, n° 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, n° d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur :
Nom :
Adresse :

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

ACCIDENT :

- 21 Jour de l'accident date : 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 le code postal et le n° du chantier)
Rue/n°/boite :
Code postal : Commune : Pays :
- 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.) :

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 : _____

43 Cessation de l'activité professionnelle - date : _____ heure ____ min. ____

44 Date de la reprise effective du travail : _____
 S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

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 (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 (passez à la question 62) non

51 Commission (sous) paritaire – 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 58)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60)
 à la commission (totalement 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, 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 : _____, _____% de la rémunération annuelle montant forfaitaire de _____, _____ €
 rémunération d'un nombre d'heures : _____ heures

60 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : _____, _____ € (exprimés sur base annuelle)
 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 :

(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 annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (A.R. 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 (*) 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°/boîte :
 Code postal : Commune :
 Numéro d'affiliation :

Exemplaire destiné à Ethias

Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/249 65 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 à h.

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 se déplacer ?