

Déclaration d'accident du travail

Assureur

Nom de la Compagnie	<input type="text"/>	Fiche accident année :	<input type="text"/>	N° :	<input type="text"/>
N° du contrat :	<input type="text"/>	N° d'accident chez l'assureur :	<input type="text"/>		
Subdivision supplémentaire du n° de police :	<input type="text"/>	Numéro DRS :	<input type="text"/>		
Code tarifaire de la victime :	<input type="text"/>				

Envoyez ce formulaire dans les 10 jours 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 SFP Emploi et 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.

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 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 :	<input type="text"/>	Numéro ONSS :	<input type="text"/>
2	Nom :	<input type="text"/>		
3	Rue :	<input type="text"/>	N° :	<input type="text"/>
	Boîte :	<input type="text"/>		
	C.P. :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
4	Activité de l'entreprise :	<input type="text"/>	Code NACE - BEL :	<input type="text"/>
5	Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :	<input type="text"/>		
6	Numéro de compte auprès d'un établissement financier :	<input type="text"/>		

Victime

7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) :	<input type="text"/>		
8	NOM :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>
9	Lieu de naissance :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
10	Sexe :	<input type="text"/>	Etat Civil :	<input type="text"/>
	Nationalité :	<input type="text"/>		
11	Résidence principale : Rue, Numéro, Boîte	<input type="text"/>		
	C.P. :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
	Adresse de correspondance: Rue, Numéro, Boîte	<input type="text"/>		
	C.P. :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>

12	Langue de correspondance : <input type="text"/> Parenté avec l'employeur : <input type="text"/>
13	Mutualité : Code : <input type="text"/> ou Nom : <input type="text"/> Rue, Numéro, Boîte : <input type="text"/> C.P. : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> Pays : <input type="text"/>
14	Numéro de compte auprès d'un établissement financier : <input type="text"/>
15	Numéro Dimona de l'Emploi : <input type="text"/>
16	Date d'entrée en service : <input type="text"/>
17	La date de fin de contrat de travail est-elle connue ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez la date <input type="text"/>
18	Profession habituelle dans l'entreprise : <input type="text"/> Code CITP : <input type="text"/>
19	Lieu de travail normal - Code Postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> Pays : <input type="text"/>
20	Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession ? <input type="text"/>
21	La victime travaillait-elle pour un employeur sous-traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
22	La victime est-elle un(e) intérimaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, numéro ONSS de l'entreprise utilisatrice <input type="text"/> Activité de l'entreprise utilisatrice <input type="text"/> Code NACE - Bel <input type="text"/>
Accident	
23	Jour de l'accident <input type="text"/> Date : <input type="text"/> Heure : <input type="text"/>
24	Date de notification à l'employeur : <input type="text"/> Heure : <input type="text"/>
25	Nature de l'accident : <input type="text"/>
26	Horaire de la victime le jour de l'accident : <input type="text"/>
27	Lieu de l'accident : C.P.: <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
28	Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ?  <input type="text"/>
29	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 ?  <input type="text"/>

30	Précisez l'activité spécifique de la victime lorsque l'accident s'est produit ET les objets impliqués (ex. : outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)  <input data-bbox="161 197 1549 293" type="text"/>
31	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? <input data-bbox="927 309 1549 369" type="text"/>
32	Quels événements déviants par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? Précisez tous ces faits ET les objets impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue.  <input data-bbox="161 499 1549 674" type="text"/>
33	Forme de l'accident : <input data-bbox="443 689 1246 750" type="text"/> Code : <input data-bbox="1366 689 1549 750" type="text"/>
34	Causes matérielles (agent) : <input data-bbox="531 768 1246 828" type="text"/> Code : <input data-bbox="1366 768 1549 828" type="text"/>
35	Un procès verbal a-t-il été dressé ? <input data-bbox="647 846 1549 907" type="text"/> Si oui, le procès verbal porte le numéro d'identification <input data-bbox="871 913 1094 974" type="text"/> et a été rédigé à <input data-bbox="1329 913 1549 974" type="text"/> le <input data-bbox="212 987 488 1048" type="text"/> par <input data-bbox="691 987 1549 1048" type="text"/>
36	Un tiers est-il responsable de l'accident ? <input data-bbox="743 1070 1549 1131" type="text"/> Si oui, nom et adresse du tiers : <input data-bbox="587 1144 1549 1205" type="text"/> Nom et adresse de l'assureur : <input data-bbox="587 1218 1549 1279" type="text"/> Numéro de police : <input data-bbox="587 1292 1549 1352" type="text"/>
37	Y a-t-il eu des témoins ? <input data-bbox="587 1373 1549 1433" type="text"/> NOM : <input data-bbox="363 1447 603 1507" type="text"/> Adresse : <input data-bbox="762 1447 1098 1507" type="text"/> CP et Ville : <input data-bbox="1273 1447 1549 1507" type="text"/> Si oui : NOM : <input data-bbox="363 1520 603 1581" type="text"/> Adresse : <input data-bbox="762 1520 1098 1581" type="text"/> CP et Ville : <input data-bbox="1273 1520 1549 1581" type="text"/> NOM : <input data-bbox="363 1594 603 1655" type="text"/> Adresse : <input data-bbox="762 1594 1098 1655" type="text"/> CP et Ville : <input data-bbox="1273 1594 1549 1655" type="text"/>
Lésions	
38	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) ET les objets impliqués.  <input data-bbox="161 1854 1549 2033" type="text"/>
39	Nature de la lésion : <input data-bbox="427 2056 1286 2116" type="text"/> Code : <input data-bbox="1406 2056 1549 2116" type="text"/>
40	Siège de la lésion : <input data-bbox="427 2134 1286 2195" type="text"/> Code : <input data-bbox="1406 2134 1549 2195" type="text"/>

Soins

41	Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ?	<input type="text"/>		
	Si oui, Date :	<input type="text"/>	Heure :	<input type="text"/>
	Qualité du dispensateur :	<input type="text"/>		
	Description des soins dispensés :	<input type="text"/>		
42	Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ?	<input type="text"/>		
	Si oui, Date :	<input type="text"/>	Heure :	<input type="text"/>
	Numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI :	<input type="text"/>		
	NOM et Prénom du médecin externe :	<input type="text"/>		
	Rue, N°, boîte :	<input type="text"/>		
	Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
43	Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ?	<input type="text"/>		
	Si oui, Date :	<input type="text"/>	Heure :	<input type="text"/>
	Numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI :	<input type="text"/>		
	Dénomination de l'hôpital :	<input type="text"/>		
	Rue, N°, boîte :	<input type="text"/>		
	Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>

Conséquences

44	Conséquence de l'accident :	<input type="text"/>			
	Si décès merci de préciser la date :	<input type="text"/>			
45	Cessation de l'activité professionnelle :	Date :	<input type="text"/>	Heure :	<input type="text"/>
46	Durée probable de l'incapacité temporaire de travail (en jours) :	<input type="text"/>			

Préventions

47	Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ?	<input type="text"/>		
48	De quel(s) moyen(s) de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?	<input type="text"/>		
49	Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :	<input type="text"/>	Code :	<input type="text"/>

50	Codes propres à l'entreprise :		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51	Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédent l'accident :		
	Ouvriers : <input type="text"/>	Employés : <input type="text"/>	
52	Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédent l'accident (en jours) :		
	Par les ouvriers : <input type="text"/>	Par les employés : <input type="text"/>	
53	Ancienneté : dans la catégorie professionnelle : <input type="text"/> dans la profession habituelle : <input type="text"/>		
	dans l'entreprise : <input type="text"/>		dans le siège d'exploitation : <input type="text"/>
Indemnisations			
54	La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? <input type="text"/> Si non, donnez-en le motif : <input type="text"/>		
55	Code du travailleur de l'assurance sociale : <input type="text"/>	S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : <input type="text"/>	
56	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? <input type="text"/>		
57	Commission (sous) paritaire - dénomination : <input type="text"/>	Numéro : <input type="text"/>	
58	Nature du contrat de travail : <input type="text"/>		
59	Nombre de jours par semaine du régime de travail (jours et centièmes) : <input type="text"/>		
60	Nombre d'heures par semaine concernant la victime (heures et centièmes) : <input type="text"/>		
61	Nombre d'heures par semaine concernant la personne de référence (heures et centièmes) : <input type="text"/>		
62	La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? <input type="text"/>		
63	Mode rémunération : <input type="text"/>		
64	Montant de base de la rémunération : Unité de temps <input type="text"/>		
	En cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée : <input type="text"/>		
	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)		
	<input type="text"/>		
65	Prime de fin d'année : <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Pourcentage de la rémunération fixe annuelle :	<input type="text"/>	%
	<input type="checkbox"/> Rémunération d'un nombre d'heures :	<input type="text"/>	heures
	<input type="checkbox"/> Montant forfaitaire :	<input type="text"/>	€

66	Autres avantages non visés dans une autre rubrique (exprimés sur base annuelle) : <input type="text"/>
	Nature des avantages : <input type="text"/>
67	La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? <input type="text"/>
	Si oui, date du dernier changement de fonction : <input type="text"/>
68	Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : <input type="text"/>
	Perte salariale pour les heures de travail perdues : <input type="text"/>

Déclarant (Nom et qualité)

Date :

Nom du conseiller en prévention

Date :

Imprimez une copie de ce formulaire pour vous et envoyez le nous en cliquant sur le bouton "Envoyer"

N'oubliez pas de nous faire parvenir dès que possible le certificat médical de premier constat ainsi que les certificats médicaux d'interruption d'activités.

Par fax : 069/78.13.49

OU

Par mail : contact@amf-associatif.be

OU

Par courrier : Rue de Briffueil 14 - 7604 WASMES A-B

Pour toute intervention ou consultation médicale en milieu hospitalier, ne pas oublier de signaler le numéro de police d'assurance accidents du travail car **la mutuelle ne peut pas intervenir**, les frais médicaux étant à charge de la compagnie d'assurance agréée.

En cas d'accident sur le chemin du travail, relever si possible l'identité de témoins ou joindre un constat d'accident ou consulter le plus tôt possible un médecin. Prévenir rapidement l'employeur ou un collègue.