



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: C-18/5019.593/00 B 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):          Numéro DRS:         

Envoyez ce formulaire dans les 8 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 avril 1971 sur les accidents du travail et art. 1er de l'AR du 29 décembre 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'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (MB du 31 mars 1998).

## EMPLOYEUR

1. Numéro d'entreprise:          Numéro ONSS: 022.1179484.10  
et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement:           
2. Nom et prénom ou raison commerciale: ASBL Les Aiguilliers  
3. Rue / numéro / boîte: Rue Edouard Binot, 21  
Code postal: 5590 Commune: Ciney  
4. Activité de l'entreprise: Service Accueil des enfants Code NACE-Bel: 83.32  
5. Numéro de téléphone de la personne de contact: 083/21.35.92 adresse email:           
6. Numéro de compte bancaire (\*) IBAN: BE 66 79 65 56 11 82 43  
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:  masculin  féminin Nationalité:           
11. Etat civil:  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf(veuve) adresse email:           
12. Résidence principale  
Rue / numéro / boîte:          Tél.:           
Code postal:          Commune:          Pays:           
Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale)  
Rue / numéro / boîte:          Tél.:           
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 (p. ex., oncle ou grands-parents)  
15. Mutuelle - Code ou nom:           
Rue / numéro / boîte:           
Code postal:          Commune:           
Numéro d'affiliation:           
16. Numéro de compte bancaire (\*) IBAN:           
Etablissement financier: BIC           
17. Numéro Dimona de l'emploi:           
18. Date d'entrée en service:           
19. Durée du contrat de travail:  indéterminée  déterminée  
La date de sortie est-elle connue?  oui  non Si oui, date de sortie de service:           
20. Profession habituelle dans l'entreprise:          Code CITP:           
Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise:  
 moins d'une semaine  d'une semaine à un mois  d'un mois à un an  plus d'un an  
21. La victime est-elle un(e) intérimaire?  oui  non  
Si oui, numéro ONSS de l'entreprise utilisatrice:           
Nom:           
Adresse:           
22. 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, numéro ONSS de l'entreprise de cet autre employeur:           
Nom:           
Adresse:         

(1) : voir Annexe IV du chapitre 1, titre II du code sur le bien-être (AR 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

**ACCIDENT**

23. Jour de l'accident : \_\_\_\_\_ date : [ ] - [ ] - [ ] heure : [ ] min. : [ ]

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 : de [ ] h. [ ] à [ ] h. [ ] et de [ ] h. [ ] à [ ] h. [ ]

27. 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 caché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier)

Rue/numero/boite \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ]

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

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 l'activité général (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 les tâches auxiliaires de ces différents travaux comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.)

30. 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.)

31. A quel 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, 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.)

33. Dernière déviation qui a conduit à l'accident (3) :

Code(3) : [ ] - [ ]

34. Agent matériel de cette déviation (3) :

Code(3) : [ ] - [ ]

35. 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 \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_

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

Si oui, Nom - rue/n°/boite - Code postal - Commune \_\_\_\_\_

Sorte (4)

## LESION

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) blessure(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.).

39. Nature de la lésion <sup>(3)</sup>

Code <sup>(3)</sup>:

40. Siège de la lésion <sup>(3)</sup>

Code <sup>(3)</sup>:

## SOINS

41. Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ?  oui  non

Si oui, date : - - heure : min. :

Qualité du dispensateur :

Description des soins dispensés :

42. Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ?  oui  non  réponse inconnue

Si oui, date : - - heure : min. :

numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI <sup>(5)</sup> : - -

nom et prénom du médecin externe :

Rue / n° / boîte :

Code postal : Commune :

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

Si oui, date : - - heure : min. :

numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI <sup>(5)</sup> : - -

dénomination de l'hôpital :

Rue / n° / boîte :

Code postal : Commune :

## 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 fonction, sans perte de salaire) à partir du - -

incapacité temporaire totale de travail à partir du - - heure : min. :

incapacité permanente de travail à prévoir

décès, date du décès : - -

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'origine durée probable de l'incapacité temporaire totale ou partielle de travail : jours

## PREVENTION

47. 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 :

48. Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :

Code <sup>(3)</sup> :

Code <sup>(3)</sup> :

49. Codes risques propres à l'entreprise <sup>(6)</sup> : - - - -

(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 l'annexe IV du chapitre 1er, 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 : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
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 avec 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, 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) : € | \_\_\_\_\_
62. Prime de fin d'année :  oui  non  
Si oui, montant :  \_\_\_\_\_ % de la rémunération annuelle  
 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. Secrétariat Social agréée : Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_  
Rue / numéro / boîte: \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Déclarant (nom et qualité) :

\_\_\_\_\_

Nom du conseiller en prévention :

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

N° RPM / TVA  
N° IBAN  
N° FSMA

## CERTIFICAT MEDICAL

Numéro du contrat : G-18/5019-593/00 B | Numéro du sinistre :

<sup>(1)</sup> Nom, prénoms, qualité, adresse médecin

Je soussigné <sup>(1)</sup>

<sup>(2)</sup> Nom, prénoms, adresse de la victime.

ayant examiné <sup>(2)</sup>

après l'accident qui lui est survenu le  
au service de

<sup>(3)</sup> Indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).

Il/elle déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes <sup>(3)</sup> :

<sup>(4)</sup> 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

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences <sup>(4)</sup>

- Décès  
 Incapacité permanente totale ou partielle  
 Incapacité temporaire totale ou partielle

Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle

<sup>(5)</sup> Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions même, sans tenir compte de toutes autres circonstances

3. (que l'incapacité a commencé [commencera] le <sup>(5)</sup> :

- Que la victime est en incapacité totale de travail du au  
 Que la victime peut continuer à exercer sa fonction actuelle  
 Qu'un travail adapté est possible. Limitations de la victime : <sup>(5)</sup>

<sup>(6)</sup> Indiquer le lieu où la victime est soignée

4. que le blessé est soigné <sup>(6)</sup> :

Fait à le

Le médecin, (signature)

