



FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.07.2007

CIRCULAIRE N° 2007/ 4

Nouveau formulaire de déclaration d'accident du travail complète et incidence sur le formulaire électronique de déclaration simplifiée pour les accidents du travail entraînant une incapacité de travail de moins de quatre jours

Monsieur le Directeur,

La circulaire n° 2004/8 du 10 novembre 2004 a fixé le formulaire de déclaration pour les accidents survenant à partir du 1^{er} janvier 2005.

A l'initiative du Ministre de l'Emploi, une série d'actions ont été entreprises au niveau du Conseil Supérieur pour la Prévention et la Protection au travail et du comité de gestion du Fonds des accidents du travail dans le sens de la simplification et de l'harmonisation, respectivement, de la fiche d'accident et du formulaire de déclaration d'accident du travail. En procédant à ces adaptations, on a tenu à préserver le parallélisme des deux documents.

- **Nouveau formulaire de déclaration d'accident du travail (complète)**

Le 9 juillet 2007, le comité de gestion a approuvé le nouveau formulaire de déclaration d'accident du travail. Le document est donné en annexe. Il doit s'utiliser pour les accidents survenant à partir du 1^{er} janvier 2008.

Voici les adaptations qu'il a subies par rapport au formulaire de déclaration actuel (les numéros de champ renseignés ci-dessous sont les numéros de champ du formulaire de déclaration actuellement d'application, suivis, entre parenthèses, des numéros de la déclaration de 2008) :

1. Champ 1 (champ 1) - identification de l'employeur
Addition du numéro d'unité d'établissement
2. Champ 4 (champ 4) activité de l'entreprise
Suppression du code NACE
3. Champs 6 et 16 (champs 6 et 14) - numéro de compte auprès d'un établissement financier
Introduction des codes IBAN et BIC. Même s'ils ne seront obligatoires qu'à partir du 1^{er} janvier 2011, ces codes peuvent être mentionnés dès à présent pour éviter qu'on ne doive faire une nouvelle adaptation le moment venu.
4. Champ 15 - mutuelle de la victime
Suppression de l'information, devenue superflue, vu la mise en production des nouveaux flux fin 2007 entre les entreprises d'assurances et les mutuelles et le fait que c'est le Collège intermutualiste national (CIN) qui veille au routage automatique vers la mutuelle de la victime
Pour la communication du taux d'incapacité permanente de travail, le flux électronique ne sera pas encore opérationnel en 2008. En attendant, il faudra que les entreprises d'assurances demandent les informations concernant la mutuelle à la victime afin que la communication soit assurée conformément à l'article 63, § 2, alinéa 4, de la loi sur les accidents du travail.

5. Champ 19 (champ 17) - durée du contrat de travail
Addition de l'information relative à la durée du contrat de travail conformément à la liste d'Eurostat.
Remplacement de « fin de contrat » par « sortie de service » motivé par la nécessité d'utiliser la terminologie en vigueur dans le cadre de la déclaration des risques sociaux sur le portail de la sécurité sociale
6. Champ 20 (champ 18) - profession habituelle dans l'entreprise - durée d'exercice
En raison de la suppression de trois des quatre éléments du champ 54, déplacement au champ 20 de la donnée concernant la durée d'exercice de la profession habituelle, pour laquelle c'est l'employeur qui est la source authentique
7. Champ 21 - lieu de travail normal et champ 22 - emplacement spécifique où la victime exerce habituellement sa profession : Suppression des deux champs
8. Champ 23 - travail pour un employeur sous-traitant - et champ 24 intérimaire (champs 19 et 20)
Nouvelle formulation du texte pour l'uniformité
Les données sont utiles pour la prévention et pour l'amélioration du rapportage statistique. De plus, suppression des données relatives à l'activité de l'entreprise utilisatrice pour ce qui est des accidents survenus à des intérimaires
9. Champ 29 (champ 25) - lieu de l'accident
Nouvelle formulation du texte
De plus, l'adresse n'est à communiquer que si l'accident s'est produit à une adresse autre que celle à mentionner au champ 3. Ceci implique que l'adresse est à mentionner pour les accidents sur la voie publique ou pour les accidents survenus dans l'entreprise mais à un endroit différent de celui à mentionner au champ 3.
10. Champ 33 (champ 29) - type de poste de travail
Suppression de la question « Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? »
Remplacement par une donnée relative au poste de travail demandée par Eurostat
11. Champ 48 (champ 44) - durée probable de l'incapacité temporaire de travail
Addition de la donnée « date de reprise effective du travail » pour l'harmonisation avec la déclaration simplifiée
12. Champ 49 (champ 45) - moyens de protection
Modification en une liste à cocher de moyens de protection portés par la victime lors de l'accident
13. Champ 49 - gestion avec des départements de prévention, champ 52 - nombre d'ouvriers et d'employés et champ 53 - nombre de jours de travail prestés
Suppression
14. Champ 51 (champ 47) - codes risques propres à l'entreprise
Devenu facultatif. On ne le complète que si l'employeur souhaite que son assureur lui fasse parvenir telles ou telles statistiques propres à son entreprise
15. Champ 54 - différents types d'ancienneté
Suppression - Déplacement au champ 20 (champ 18) de la donnée relative à l'ancienneté dans la profession
16. Champ 56 (champ 49) - catégorie professionnelle
Ajout de la catégorie « stagiaire non rémunéré », à laquelle la loi du 10 avril 1971 a été partiellement étendue par l'AR du 13 juin 2007, publié 25 juin 2007

17. Champ 58 (champ 51) - (sous-)commission paritaire

Pour le numéro de la (sous-)commission paritaire, reprise du format du glossaire de la DmfA

• **Formulaire de déclaration d'accident du travail simplifiée**

Pour les accidents dans le cas desquels l'incapacité temporaire de travail est de moins de quatre jours (jour de l'accident non compris), l'employeur a la faculté d'opter pour une déclaration simplifiée, à condition de le faire par voie électronique. Le formulaire de déclaration simplifiée n'est donc pas disponible en version papier.

En ce qui concerne le site portail de la Sécurité sociale, ce sont les services du Fonds des accidents du travail qui feront les adaptations. À titre illustratif, vous trouverez également en annexe le document en format PDF que l'employeur recevra une fois qu'il aura fait une déclaration simplifiée via le site portail.

En matière de déclaration simplifiée, les adaptations proposées se traduisent par ceci :

1. Champ 1 (champ 1) - identification de l'employeur - Addition du numéro d'unité d'établissement
2. Champ 4 (champ 4) - activité de l'entreprise - Suppression du code NACE
3. Champ 15 - Suppression de l'information relative à la mutuelle de la victime
4. Champ 19 (champ 17) - durée du contrat de travail
Addition de la donnée « durée du contrat de travail » afin de maintenir la cohérence avec le formulaire de déclaration d'accident du travail complète –
Harmonisation avec la terminologie utilisée pour la déclaration des risques sociaux sur le portail de la sécurité sociale.
5. Champ 29 (champ 25) - lieu de l'accident - Nouvelle formulation du texte
6. Champ 56 (champ 49) - catégorie professionnelle -
Ajout de la catégorie « stagiaire non rémunéré »
7. Champ 58 (champ 51) - (sous-)commission paritaire
Pour le numéro de la (sous-)commission paritaire, reprise du format du glossaire de la DmfA

• **Incidence sur les flux LEA**

L'incidence de ces modifications sur les flux électroniques entre les entreprises d'assurances et le Fonds des accidents du travail sera communiquée dans les glossaires LEA.

L'administrateur général,



M. Depoortere

Annexes :

- formulaire de déclaration d'accident du travail (déclaration complète) à utiliser pour les accidents survenant à partir du 1^{er} janvier 2008 ;
- formulaire de déclaration électronique d'accident du travail simplifiée, communiqué à titre illustratif.

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Entreprise d'assurances :
 Numéro de police d'assurance :
 Subdivision supplémentaire du numéro de police :
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

Fiche d'accident : année ____ n°
 Numéro d'accident chez l'assureur :
 Numéro DRS : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Envoyez ce formulaire dans les huit 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 AR du 12 mars 2003).

Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR 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 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 :
6	Numéro de compte bancaire(*): IBAN _____ 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 : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité :
11	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 : _____ Commune : Pays :
	Numéro de téléphone :
12	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
13	Parenté avec l'employeur : <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire(*): IBAN _____ Etablissement financier : BIC _____
15	Numéro Dimona de l'emploi :
16	Date d'entrée en service :
17	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service:
18	Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP : _____ Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise : <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an
19	La victime est-elle intérimaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro 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⁾ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur: _____ Nom: Adresse:

ACCIDENT	
21	Jour de l'accident : date : ____-____-20... heure : ____ min : ____
22	Date de notification à l'employeur : heure : ____ min : ____
23	Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à un autre endroit: Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier) Rue/numéro/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.) ?
27	Précisez l' <u>activité générale</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 ou forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage).
28	Précisez l' <u>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 boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) ET les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).
29	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre poste de travail
30	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 <u>objets</u> impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ : ____
32	Agent matériel de cette déviation : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ : ____

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
(modèle pour la déclaration des accidents entraînant moins de 4 jours d'incapacité)

Entreprise d'assurances : _____
 Numéro de police d'assurance : _____
 Subdivision supplémentaire du numéro de police: _____

Numéro DRS: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ce modèle est à utiliser dans le cas où l'accident a eu pour conséquence une incapacité de moins de 4 jours.
 Envoyez ce formulaire accompagné de l'attestation médicale de premiers soins à l'assureur dans les 10 jours ouvrables
 qui suivent l'accident et dès le moment où la victime a déjà repris le travail.

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 : _____

LÉSION	
37	Nature de la lésion ⁽¹⁾ : _____ Code ⁽¹⁾ : _____
38	Siège de la lésion ⁽¹⁾ : _____ Code ⁽¹⁾ : _____

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : _____
8	Nom : _____ Prénom : _____
9	Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____
10	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : _____
11	Résidence principale – Rue/n°/boite : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____ Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de celle de la résidence principale) – Rue/numéro/boite : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
	Numéro de téléphone : _____
12	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
15	Numéro Dimona de l'emploi : _____
17	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service: _____

CONSÉQUENCES	
42	Conséquences de l'accident : <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> incapacité temporaire de travail
43	Cessation de l'activité professionnelle – date : _____ heure : ____ min : ____
44	Date de la reprise du travail : _____

INDEMNISATION (si l'incapacité est limitée au jour de l'accident, remplir seulement les données des numéros 49 et 62)	
48	La victime est-elle affiliée à l'ONSS? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, catégorie d'employeur : _____ Si non, donnez-en le motif : _____
49	Code du travailleur de l'assurance sociale : _____ S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employé de maison <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> stagiaire non rémunéré <input type="checkbox"/> autre (à préciser) : _____
50	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise? <input type="checkbox"/> oui (passez à la question 62) <input type="checkbox"/> non
51	Commission (sous-)paritaire – dénomination : _____ numéro : _____
52	Nature du contrat de travail : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel
53	Nombre de jours par semaine du régime de travail : ____ jours et ____ centièmes
54	Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : ____ heures et ____ centièmes
55	Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence: ____ heures et ____ centièmes
56	La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
57	Mode de rémunération : <input type="checkbox"/> rémunération fixe (passez à la question 58) <input type="checkbox"/> à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 62) <input type="checkbox"/> à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 62)
58	Montant de base de la rémunération : - unité de temps: <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> trimestre <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, montant : <input type="checkbox"/> ____ % de la rémunération annuelle <input type="checkbox"/> montant forfaitaire de € _____ <input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures : _____
62	Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : _____ Perte salariale pour les heures de travail perdues : € _____

ACCIDENT	
21	Jour de l'accident : _____ date : _____ heure : ____ min : ____
22	Date de notification à l'employeur : _____ heure : ____ min : ____
23	Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à un autre endroit: Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier) Rue/numéro/boite : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____ Numéro du chantier: _____
26	Description détaillée des circonstances et des causes matérielles de l'accident (Où se trouvait la victime
27	au moment de l'accident? Précisez l'activité – générale et spécifique – que la victime effectuait lorsque
28	l'accident s'est produit et les objets impliqués. Quels événements ont causé l'accident? Comment la
30	victime a été blessée (lésions physiques ou psychiques)).
36]	_____
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident: ⁽¹⁾ _____ Code ⁽¹⁾ : _____
32	Agent matériel de cette déviation: ⁽¹⁾ _____ Code ⁽¹⁾ : _____

Déclarant (nom et qualité) _____ Nom du conseiller en prévention : _____

Date : _____ Date : _____

⁽¹⁾ voir Annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (AR du 27 mars 1998)