



FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

19.10.2005

CIRCULAIRE N° 2005/6

Le nouveau modèle de déclaration d'accident du travail

Monsieur le Directeur

C'est par la circulaire n° 2004/8 du 10 novembre 2004 que les entreprises d'assurances ont été informées de la fixation du modèle de déclaration d'accident du travail à utiliser à partir du 1^{er} janvier 2005.

Depuis cette communication, l'arrêté royal du 24 février 2005 portant diverses dispositions visant la lutte contre les accidents du travail graves et la simplification des déclarations des accidents du travail (*MB* du 14 mars 2005) a remplacé les tableaux *E Nature de la lésion* et *F Siège de la lésion* de l'annexe IV de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail par les tableaux de classification européens, respectivement tableaux *E Nature de la lésion* et *F Localisation de la lésion*.

On les utilise pour compléter les cases 41 et 42 du formulaire de déclaration.

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006 pour les accidents survenus à partir de cette date.

L'instauration de ces tableaux de classification européens va permettre une meilleure collecte de l'information et constitue une nouvelle étape vers l'harmonisation au niveau européen des chiffres relatifs aux accidents.

Veuillez trouver en annexe le nouveau modèle de déclaration applicable aux accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 2006 tel que l'a fixé le comité de gestion du Fonds.

Comme vous l'avez appris par la circulaire n° 2004/8, il n'existe pas de modèle de déclaration simplifié sur papier, mais la déclaration simplifiée peut se faire électroniquement via le portail de la sécurité sociale. En ce qui concerne ce portail, ce sont les services du Fonds qui procéderont aux adaptations.

L'administrateur général,

M. Depoortere

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: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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'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 : et Numéro ONSS :
2	Nom et prénom ou raison commerciale :
3	Rue/numéro/boite : Code postal : Commune :
4	Activité de l'entreprise : Code NACE-Bel :
5	Numéro de téléphone de la personne de contact :
6	Numéro de compte auprès d'un établissement financier :

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 :
12	Résidence principale – Rue/n°/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 :
13	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
14	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)
15	Mutuelle – Code ou nom: Rue/n°/boite : Code postal : Commune :
	Numéro d'affiliation :
16	Numéro de compte auprès d'un établissement financier :
17	Numéro Dimona de l'emploi :
18	Date d'entrée en service :
19	La date de fin du contrat de travail est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de fin du contrat de travail :
20	Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP :
21	Lieu de travail normal – code postal : commune : pays:.....
22	Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession:
23	La victime travaillait-elle pour un employeur sous-traitant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
24	La victime est-elle un(e) intérimaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise utilisatrice : et numéro ONSS de l'entreprise utilisatrice : activité de l'entreprise utilisatrice : Code NACE-Bel :

ACCIDENT	
25	Jour de l'accident : date : ____-____-200... heure : ____ min : ____
26	Date de notification à l'employeur : heure : ____ min : ____
27	Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail
28	Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de ____h__ à ____h__ et de ____h__ à ____h__.
29	Lieu de l'accident – code postal : commune : pays :
30	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.) ?
31	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 les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.).
32	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.) <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
33	Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, quelle activité exerçait-elle ?
34	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 <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
35	Dernière déviation qui a conduit à l'accident: ⁽¹⁾ Code ⁽¹⁾
36	Agent matériel de cette déviation: ⁽¹⁾ Code ⁽¹⁾
37	Un procès-verbal a-t-il été dressé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification et a été rédigé à le ____-____ par
38	Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, nom et adresse : nom et adresse de l'assureur : Numéro de police :
39	Y a-t-il eu des témoins ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, nom - Rue/n°/boite - Code postal - Commune - Pays Sorte ⁽²⁾

LÉSION

40 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.)

41 Nature de la lésion ⁽¹⁾ : Code ⁽¹⁾ :

42 Localisation de la lésion ⁽¹⁾ : Code ⁽¹⁾ :

SOINS

43 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non
 Si oui, date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
 Qualité du dispensateur :
 Description des soins dispensés :

44 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 ⁽³⁾ :
 nom et prénom du médecin externe :
 rue/n°/boite :
 code postal : ____ commune :

45 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 ⁽³⁾ :
 dénomination de l'hôpital ⁽³⁾ :
 rue/n°/boite :
 code postal : ____ commune :

CONSÉQUENCES

46 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 : ____-____-____

47 Cessation de l'activité professionnelle – date : ____-____-____ heure : ____ min : ____

48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PRÉVENTION

49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? oui non
 Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime :

50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
 Code ⁽¹⁾ :
 Code ⁽¹⁾ :

51 Codes risques propres à l'entreprise :

52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident :
 Ouvriers : Employés :

53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident :
 par les ouvriers : jours de travail par les employés : jours de travail

54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : dans la profession habituelle :
 dans l'entreprise : dans le siège d'exploitation :

INDEMNISATION

55 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non
 Si non, donnez-en le motif :

56 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 autre (à préciser) :

57 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 69) non

58 Commission paritaire – dénomination : numéro : ____

59 Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

60 Nombre de jours par semaine du régime de travail : ____ jours et ____ centièmes

61 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : ____ heures et ____ centièmes

62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence : ____ heures et ____ centièmes

63 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? : oui non

64 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 65)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 67)
 à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez avec la question 67)

65 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) € ,

66 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 :

67 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € , ____ (exprimés sur base annuelle)
 Nature des avantages :

68 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 : ____-____-____

69 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⁾ Voir l'annexe IV du chapitre I, 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).
⁽²⁾ Noter "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect.
⁽³⁾ A mentionner si la donnée est connue.