

## FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

19.10.2007

### CIRCULAIRE N° 2007/5

#### **Nouveau formulaire de déclaration d'accident du travail complète à partir de 2008 - ajout temporaire d'une rubrique Mutuelle**

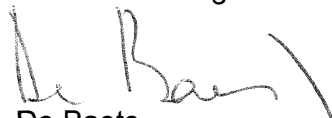
Monsieur le Directeur,

Avec l'envoi de la circulaire 2007/4 du 9 juillet 2007, nous vous avons transmis le modèle du formulaire de déclaration d'accident du travail entrant en application pour les accidents survenant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Dans ce formulaire avait disparu le champ 15 relatif à la mutuelle de la victime, compte tenu de la mise en production attendue fin 2007 des flux entre les entreprises d'assurances et les mutuelles. Ces flux devaient assurer le routage automatique des données de la déclaration vers la mutuelle de la victime.

Entre-temps, le groupe de pilotage du projet concernant ces flux est arrivé à la conclusion qu'ils ne pourront pas entrer en production fin 2007. Cette mise en production est reportée au courant du 1<sup>er</sup> semestre 2008.

En attendant, et afin de permettre aux entreprises d'assurances de remplir leurs obligations à l'égard des mutuelles, le comité de gestion du Fonds des accidents du travail a décidé de maintenir provisoirement dans le formulaire de déclaration une rubrique concernant les données de la mutuelle de la victime. Cette rubrique se trouve à la fin du formulaire (champ 63) que vous trouverez en annexe. Ce champ disparaîtra de la déclaration dès que les flux avec les mutuelles seront opérationnels.

L'administratrice générale adjointe,



J. De Baets

#### **Annexes :**

- Formulaire de déclaration d'accident du travail (déclaration complète) à utiliser pour les accidents survenant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, tant que les flux avec les mutuelles ne sont pas opérationnels ;
- Formulaire de déclaration 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 : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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 <sup>(1)</sup> : 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 <sup>(1)</sup> : 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 CIP : _____ 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 <sup>(1)</sup> ? <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 : ..... Numéro du chantier: _____
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.) <u>ET</u> 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 ? <sup>(2)</sup> <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 <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.) . ..... .....
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident : <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup> : ____
32	Agent matériel de cette déviation : <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup> : _____

33 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 .....

34 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 : .....

35 Y a-t-il eu des témoins ?  oui  non  réponse inconnue  
 Si oui, Nom - Rue/numéro/boite - Code postal - Commune - Pays ..... Sorte<sup>(4)</sup> .....

**PRÉVENTION**

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<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_  
 ..... Code<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_

47 Codes risques propres à l'entreprise<sup>(6)</sup>: \_\_\_\_\_

**LÉSION**

36 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.)  
 .....

37 Nature de la lésion<sup>(3)</sup>: ..... Code<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_

38 Localisation de la lésion<sup>(3)</sup>: ..... Code<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_

**SOINS**

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

40 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/numéro/boite : .....  
 code postal : \_\_\_\_ commune : .....

41 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/numéro/boite : .....  
 code postal : \_\_\_\_ commune : .....

**CONSÉQUENCES**

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 reprise effective du travail : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

(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 I<sup>er</sup>, 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)

**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 Nombre d'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 : .....

(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°/boite : .....  
 Code postal : \_\_\_\_ Commune : .....

Numéro d'affiliation : .....

**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 <sup>(1)</sup> - ..... Code <sup>(1)</sup> : ____
38	Siège de la lésion <sup>(1)</sup> - ..... Code <sup>(1)</sup> : ____

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 : _____ % 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 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: <sup>(1)</sup> ..... Code <sup>(1)</sup> : ____
32	Agent matériel de cette déviation: <sup>(1)</sup> ..... Code <sup>(1)</sup> : ____

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

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

63	Mutuelle – Code ou nom: _____ Rue/n°/boite : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Numéro d'affiliation : _____
----	--