

## Rubrique 6: Données relatives aux conséquences de l'accident

Formulaire de déclaration		Commentaire
<b>CONSÉQUENCES</b>		
42	Conséquences de l'accident : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir</li> <li><input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir</li> <li><input type="checkbox"/> incapacité temporaire de travail</li> <li><input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir</li> <li><input type="checkbox"/> décès, date du décès : __-__-____</li> </ul>	<p>Cochez la case correspondant aux conséquences pour la victime des lésions qu'elle a subies lors de l'accident. L'information se trouve sur le certificat médical. On ne peut cocher qu'une seule case.</p> <p>Il est <b>indispensable</b> de compléter cette rubrique pour laquelle l'employeur dispose nécessairement d'une information. Pour chaque accident, l'employeur doit se poser la question de savoir s'il s'agit d'un accident grave au sens entendu par le code du Bien-être au travail. Certaines obligations en découlent (notification aux services du contrôle du SPF Emploi, envoi dans les 10 jours d'un rapport circonstancié sur l'accident à ces services). Les conséquences de l'accident, la déviation et l'agent matériel qui lui est associé et la lésion entrent en compte pour la détermination de l'accident grave.</p> <p>Il est possible de notifier l'accident grave à l'inspection du travail à partir du site portail de la sécurité sociale. L'adresse du site : <a href="http://socialsecurity.be">http://socialsecurity.be</a> - Déclaration des risques sociaux- secteur Accidents du travail- scénario 4. Un module libre d'accès permettant de déterminer si l'accident est un accident grave et les obligations qui en découlent est également proposé sur le site</p>
43	Cessation de l'activité professionnelle - date : __-__-____ heure : __ min : __	Cette information est importante pour l'indemnisation de la victime car elle correspond au moment précis du début de son incapacité de travail.
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	Renseignez la date de la reprise du travail si celle-ci a <u>effectivement</u> eu lieu au moment de l'envoi de la déclaration d'accident à l'assureur. Sinon, indiquez le nombre de jours civils à partir du début de l'incapacité de travail et jusqu'à la date probable de reprise du travail. L'information se trouve sur le certificat médical.