

ACCIDENT

21 Jour de l'accident : date : - - **20**.... heure : min.:

22 Date de déclaration à l'employeur : - - heure : min.:

23 Nature de l'accident : accident du travail accident sur le chemin du travail

24 Horaire de la victime le jour de l'accident :
de h. à h. et de h. à h. .

25 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 coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et numéro du chantier)

Rue, numéro :
Code postal : Commune : pays :
Numéro de 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'activité générale (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'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, lavage, 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.) .
.....
.....
.....
.....

29 À quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾:
 poste habituel ou unité locale habituelle
 poste occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur
 autre poste

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 objets impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).
.....
.....
.....

31 Dernière déviation ayant conduit à l'accident ⁽³⁾: Code ⁽³⁾:

32 Agent matériel de cette déviation ⁽³⁾: Code ⁽³⁾: .

33 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? oui non réponse inconnue
 Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification 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, boîte - Code postale - Commune - Pays Sorte ⁽⁴⁾

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 blessure ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾:

38 Localisation des blessures ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾:

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 ⁽⁵⁾: --
 Nom et prénom du médecin externe :
 Rue, numéro, boîte :
 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 ⁽⁵⁾:
 Dénomination de l'hôpital :
 Rue, numéro, boîte :
 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
 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 ... : ...
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès : --

43 Date de reprise effective du travail habituel/au poste d'origine : --

44 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

(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'employeurs ou indépendants extérieures » du chapitre IV «Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures ou par des intérimaires» de la loi du 4 août 1996.

(2) ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail

PRÉVENTION	
45	De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ? <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> casque <input type="checkbox"/> gants <input type="checkbox"/> lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> écran facial <input type="checkbox"/> veste de protection <input type="checkbox"/> tenue de signalisation <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec apport d'air frais <input type="checkbox"/> masque respiratoire à filtre <input type="checkbox"/> masque antiseptique <input type="checkbox"/> protection contre les chutes <input type="checkbox"/> autre :
46	Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident : Code ⁽³⁾ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Code ⁽³⁾ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INDEMNISATION	
48	La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, donnez-en le motif :
49	Code du travailleur de l'assurance sociale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti/stagiaire assujetti à L'ONSS <input type="checkbox"/> apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS <input type="checkbox"/> employé de maison <input type="checkbox"/> autre (à préciser) :
50	Si «apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS», type de stage ou de formation : <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 > passez à la question 62
51	Commission (sous)paritaire - dénomination : Numéro : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 : <input type="checkbox"/> jours et <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centièmes
54	Nombre moyen d'heures par semaine de la victime : <input type="checkbox"/> heures et <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centièmes
55	Nombre moyen d'heures par semaine de la personne de référence : <input type="checkbox"/> heures et <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 60) <input type="checkbox"/> à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 60)
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 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - 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) : € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Prime de fin d'année ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, montant : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % de la rémunération annuelle <input type="checkbox"/> montant forfaitaire de € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures. Nombre d'heures : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (exprimés sur base annuelle) Nature des avantages :
61	La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date du dernier changement de fonction : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perte salariale pour les heures de travail perdues : € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Déclarant (nom et qualité) :

Nom du conseiller en prévention :

Date - -

Date - -

Signature :

Signature :

63	Mutuelle - Code ou nom : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
 Rue, numéro, boîte : Code postal : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Commune : Numéro d'affiliation :

(3) voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

(4) mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect

(5) à compléter si la donnée est connue

(6) champ facultatif