

ACCIDENT

23. Jour de l'accident : date : -- heure : min. :

24. Date de notification à l'employeur : -- heure : min. :

25. Nature de l'accident : accident du travail accident sur le chemin du travail

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

27. 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 n° du chantier)

Rue/numero/boite :

Code postal : Commune : Pays :

Numéro du chantier : ---

28. 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.)

29. Précisez l'activité général (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.)

30. 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, levage, 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.).....

31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (2)

poste de travail habituel ou unité locale habituelle

poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur

autre poste de travail

32. 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.).....

33. Dernière déviation qui a conduit à l'accident (3) : Code(3) :

34. Agent matériel de cette déviation (3) : Code(3) : -

35. 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

36. 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

37. Y a-t-il eu des témoins ? : oui non réponse inconnue

Si oui, Nom - rue/n°/boite - Code postal - Commune Sorte (4)

LESION

38. Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique au 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.)

.....

.....

.....

39. Nature de la lésion (3) Code(3):

40. Siège de la lésion (3) Code(3):

SOINS

41. Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non

Si oui, date : - - heure : min. :

Qualité du dispensateur :

Description des soins dispensés :

42. 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 / n° / boîte :

Code postal : Commune :

43. 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 / n° / boîte :

Code postal : Commune :

CONSEQUENCES

44. 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 : - -

45. Cessation de l'activité professionnelle : date - - heure : min. :

46. Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : - -

S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PREVENTION

47. 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 :

48. Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :

..... Code (3) :

..... Code (3) :

49. Codes risques propres à l'entreprise (6) : - - - -

(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 1er, 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)

(4) Mentionnez " D " pour un témoin direct et " I " pour un témoin indirect

(5) A 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.

INDEMNISATION

50. La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? : oui non

Si non, donnez-en le motif :

51. 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) :

52. S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 62) non

53. Commission paritaire - dénomination : Numéro : - -

54. Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

55. Nombre de jours par semaine du régime de travail : jours et centièmes

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

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

58. La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non

59. 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) (poursuivez avec la question 60)

60. 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) : € ,

61. 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 :

62 Autres avantages assujettis ou non à l'ONSS : € , (exprimés sur base annuelle)

Nature des avantages :

63. 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 : - -

64. Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : ,

Perte salariale pour les heures de travail perdues : € ,

65. Secrétariat Social agréée : Nom : Numéro d'affiliation :

Rue / numéro / boîte:

Code postal : Commune :

Déclarant (nom et qualité) :

.....

Date - -

Signature :

Nom du conseiller en prévention :

.....

Date - -

Signature :