

25 Jour de l'accident : date :-.....-200... heure : min :

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

27 Nature de l'accident : ☐ accident du travail ☐ 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'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 les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.) .
.....
.....

32 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.) .
.....
.....

33 Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? ☐ oui ☐ 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, glissement 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.) .
.....
.....

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 ? ☐ oui ☐ non ☐ 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 ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, nom et adresse :
nom et adresse de l'assureur :Numéro de police :

39 Y a-t-il eu des témoins ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, nom - Rue/n°/ boîte - Code postal - Commune - Pays
.....
.....

Source (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 :
Signature :

.....
Date :
Signature :

⁽¹⁾: voir 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⁾: à mentionner si la donnée est connue



ASSURANCES J. PIRENNE sprl
Chaussée de Charlemagne, 116 / 1
4890 - Thimister-Clermont
Tel : 087 44 63 50 Fax : 087 44 52 02
info@assurancespirenne.be