

# DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

**ETHIAS - Accidents du travail**  
rue des Croisiers, 24 4000 LIEGE  
Tél. 04/220.31.11 Fax 04/249.65.50

Numéro de police d'assurance : .....  
Subdivision supplémentaire du n° de police : .....  
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) : .....

Envoyez ce formulaire dans les 8 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 l'A.R. du 12 mars 2003). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés à l'art. 26 et 27 de l'A.R. 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 O.N.S.S. : \_\_\_\_\_  
et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement : \_\_\_\_\_  
2 Nom et prénom ou raison commerciale : .....  
3 Rue/n°/boite : ..... Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....  
4 Activité de l'entreprise : .....  
5 N° de téléphone de la personne de contact : ..... 6 N° de compte bancaire : \_\_\_\_\_  
N° de compte IBAN (\*) : \_\_\_\_\_ N° compte BIC : \_\_\_\_\_

## VICTIME :

7 NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : \_\_\_\_\_  
8 Nom : ..... Prénom : .....  
9 Lieu de naissance : ..... Date de naissance : \_\_\_\_\_  
10 Sexe :  masculin  féminin Nationalité : .....  
11 Résidence principale : Rue/n°/boite : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... Pays : .....  
Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :  
Rue/n°/boite : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... Pays : .....  
Numéro de téléphone : .....  
12 Langue de correspondance avec la victime :  français  néerlandais  allemand  
13 Parenté avec l'employeur :  pas parent(e)  au premier degré (parents et enfants)  autre (par exemple oncle ou grands-parents)  
14 N° de compte bancaire : \_\_\_\_\_  
N° de compte IBAN (\*) : \_\_\_\_\_ N° compte BIC : \_\_\_\_\_  
15 N° Dimona de l'emploi : ..... 16 Date d'entrée en service : \_\_\_\_\_  
17 Durée du contrat de travail :  indéterminée  déterminée  
La date de sortie de service est-elle connue ? :  oui  non Si oui, date de sortie de service : \_\_\_\_\_  
18 Profession habituelle dans l'entreprise : ..... Code CITP : \_\_\_\_\_  
Durée d'exercice de cette profession dans l'entreprise :  moins d'1 semaine  d'1 semaine à 1 mois  d'1 mois à 1 an  plus d'1 an  
19 La victime est-elle intérimaire ? :  oui  non Si oui, n° 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 (1) ? :  oui  non Si oui, n° d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur - \_\_\_\_\_  
Nom : .....  
Adresse : .....

Fiche d'accident : année ..... Numéro ..... Numéro d'accident chez l'assureur : ..... Numéro DRS : .....

## ACCIDENT :

21 Jour de l'accident ..... date : \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_  
22 Date de notification à l'employeur : \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_  
23 Nature de l'accident :  accident du travail  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 :  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 le code postal et le n° du chantier)  
Rue/n°/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.) :  
.....  
.....  
.....



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

**PREVENTION :**

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 (3) \_\_\_\_  
 ..... Code (3) \_\_\_\_

47 Codes risques propres à l'entreprise (6) : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_ 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 : .....

(1) au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section Ire « 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 annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (A.R. 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) 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 : .....

# Exemplaire destiné à Ethias

## Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/249 65 50

### CERTIFICAT MEDICAL

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc...
- (4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.
- (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.

Le soussigné (1) .....  
.....ayant examiné (2) .....  
.....  
après l'accident qui lui est survenu le .....  
déclare :  
1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3) .....  
.....  
.....  
2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) .....  
.....  
.....  
3° Que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) .....  
.....  
.....  
4° Que le blessé est soigné (6) .....  
.....  
.....

Fait à ....., le ..... à ..... h. ....  
Signature

### Déclarations complémentaires

1. Estimez-vous que la lésion constatée a pour cause l'accident relaté à la demande de soins ?	.....
2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? b) Incapacité probable de travail : Incapacité totale probable Incapacité partielle probable	..... ..... ..... jours, soit du ..... au ..... ..... jours, soit du ..... au ..... à ..... % ..... jours, soit du ..... au ..... à ..... %
3. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le ..... à ..... heures
4. Doit-on craindre une issue fatale ?	.....
5. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	.....
6. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ? Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été effectuée ? Par quel radiologue ? Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?	..... ..... ..... .....
7. Le blessé peut-il se déplacer ?	.....