

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Exemplaire destiné à Ethias A.A.M.
Rue des Croisiers, 24 4000 Liège
Tél. 04/220.31.11 Fax 04/220.30.05

N° du contrat

N° du dossier
(à compléter par Ethias.)

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration accompagné du modèle B (attestation médicale) dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

I. Données concernant l'EMPLOYEUR

1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement:
..... Tél.: Fax:
2. Rue/n°/boîte: Code postal: Commune:
3. Objet de l'administration: Code NACE-BEL:
4. Numéro d'entreprise: et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement:

II. Données concernant la VICTIME

5. Nom et prénoms:
Nom de l'époux (1):
6. Date de naissance (2): ____ - ____ - ____ Sexe (3): M F Rôle linguistique:
7. N° du Registre national: ____ - ____ - ____ Nationalité:
8. N° du dossier auprès du service médical compétent: 9. N° de compte bancaire: ____ - ____ - ____
N° de compte IBAN (4) : N° compte BIC :
10. Résidence principale: rue/n°/boîte:
Code postal: Commune:

III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Jour de l'accident: Date (2): ____ - ____ - ____ ____ heure ____ min
12. Lieu de l'accident : dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 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°/boîte :
Code postal : ____ Commune : Pays :
- Numéro du chantier : ____ - ____ - ____
13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3): oui non
Si non, quelle occupation exerçait-elle ? :
- S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2. alinéa 3. 2° de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime) ? (3): oui non
14. a) Dans quel **environnement (type de lieu)** la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex., aire de maintenance, 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.) :
.....
- b) 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, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, ou le nettoyage.) :
.....
- c) 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 (agent matériel) (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :
- d) 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 (agent matériel)** s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :
- e) 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) blessures(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 (agent matériel)** (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :

III. Données concernant l'ACCIDENT (suite)

15. Premiers soins donnés le (2): ____ ____ ____ à ____ heure ____ min par le médecin ou l'établissement hospitalier:
Nom:
Rue/n°/boîte: Code postal: Commune:
16. Procès-verbal dressé à le (2): ____ ____ ____ par
17. Nom et adresse du responsable éventuel:
et de son assureur: N° police:
18. Témoins: Nom Rue N° boîte Code postal Commune
.....
.....
.....

Déclarant (nom et qualité) Signature
Date (2): ____ ____ ____

Fiche d'accident - année n°

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

19. **Nature de l'accident** (3): accident du travail accident sur le chemin du travail accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

IV. Données concernant l'EMPLOYEUR

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime:
Rue/n°/boîte: Code postal: Commune:
21. Service externe chargé du contrôle médical – Nom:
Rue/n°/boîte: Code postal: Commune:
22. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, le corps de police, etc. à la fin du mois précédant l'accident:
23. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident:

V. Données concernant la VICTIME et l'ACCIDENT

24. Date d'entrée en service de la victime (2): ____ ____ ____
25. Durée de l'emploi : indéterminée déterminée
26. La date de sortie de service est-elle connue ? oui non Si oui, date de sortie de service (2): ____ ____ ____
27. Nature de l'emploi : à temps plein à temps partiel
28. Catégorie professionnelle (3): agent définitif contractuel stagiaire autre (à préciser):
29. Fonction habituelle dans l'administration: Code CITP:
30. Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement :
 moins d'une semaine d'une semaine à un mois d'un mois à un an plus d'un an
31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5) :
 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. Date de déclaration à l'employeur (2): ____ ____ ____
33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident :
de ____ heure ____ min à ____ heure ____ min et de ____ heure ____ min à ____ heure ____ min
34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. Données concernant la PREVENTION

35. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction :
36. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3): oui non
Si non, quelle activité exerçait-elle ? :
- S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? (3): oui non
37. Type de travail: Code (8): □.....□.....□
38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident: Code (6): □.....□.....□
39. Agent matériel de cette déviation: Code (6): □.....□.....□ . □.....□.....□
40. Contact-modalité de blessure: Code (8): □.....□.....□
41. Lésion - Nature (7) (6): Code (6): □.....□.....□
Localisation (7) (6): Code (6): □.....□.....□
42. Conséquences de l'accident (7) (6):
 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 : l'incapacité permanente prévue est : %
 décès, date du décès (2) : ____ ____ ____ ____
- 43 Cessation de l'activité professionnelle – date (2) : ____ ____ ____ ____ ____ heure ____ min.
- 44 Date de la reprise effective du travail (2) : ____ ____ ____ ____
S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours
- 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
 autres :
46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:
..... Code (6): □.....□.....□
..... Code (6): □.....□.....□
..... Code (6): □.....□.....□

Déclarant de l'autorité (nom et qualité):

Nom du conseiller en prévention:

Date (2): ____ ____ ____ ____

Signature

Signature

(1) = Facultatif

(2) = Jour mois année

(3) = Cocher ce qui convient

(4) = Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

(5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

(6) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998).

(7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

(8) = Voir liste reprise à l'A.R. du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES DESTINES A ETHIAS

I. Données concernant la victime

Coordonnées de la mutuelle :

Code : N° d'affiliation :

Nom et adresse

.....

Régime hebdomadaire de travail de l'administration : heures / semaine

Régime hebdomadaire de travail de la victime : heures / semaine

Heures non prestées le jour de l'accident : h. m. Perte salariale correspondante : €

Heures à prester le jour de l'accident : h. m.

Taux horaire de l'agent : €

II. Traitement

Traitement annuel **barémique** de la fonction exercée au moment de l'accident à l'**index 138,01** : €

Les indemnités pour prestations nocturnes et dominicales sont-elles maintenues au profit de l'agent pendant la période d'incapacité de travail : OUI NON

Mode de calcul du pécule de vacances : secteur privé ouvrier
 employé
 secteur public

Montant annuel du dernier pécule de vacances payé :€

III. Rémunération et primes diverses

	O/N	Montant
Traitement mensuel à l'index de la date de l'accident : €
Indemnité de foyer mensuelle à l'index de la date de l'accident : €
Indemnité de résidence mensuelle à l'index de la date de l'accident : €
Programmation sociale annuelle effectivement payée : €
Prime de fin d'année autre que programmation sociale : €
Montant annuel des prestations nocturnes et dominicales €
Autres montants à préciser :		
.....	 €
.....	 €
.....	 €
.....	 €

IV. Cotisations patronales

Cotisations patronales déclarées pour le paiement de la prime d'assurance : OUI NON

Si déclarées complètes taux %

partielles (pensions) taux %

Signature de l'autorité.

Exemplaire destiné à Ethias A.A.M.

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/220 33 50

CERTIFICAT MEDICAL

Modèle B

- (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.
- (7) Si le médecin a cette conviction en indiquer les motifs d'une manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

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)
Incapacité totale probable : jours, soit du au
Incapacité partielle probable : jours, soit du au à %

3° Que le début de l'incapacité (5) a été (sera) le
.....

4° Que le blessé est soigné (6)
.....
.....

5° Qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté (7)
.....
.....

Fait à, le à h.

Signature

Déclarations complémentaires

1. Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le
3. Doit-on craindre une issue fatale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON %
5. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Le blessé peut-il se déplacer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON