



DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Version 1/1/2020

Entreprise d'assurances :
0039
AXA Belgium nv
Place du Trône 1 – 1000 BRUXELLES
email: cwc@axa.be

Numéro de police d'assurance : [REDACTED] Fiche d'accident : année n°
Subdivision supplémentaire du numéro de police : Numéro d'accident chez l'assureur :
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) : Numéro DRS : xxxxx

Envoyez ce formulaire dans les huit 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 AR du 12 mars 2003). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

[REDACTED] Champs obligatoire

EMPLOYEUR	
1	Numéro d'entreprise : [REDACTED] Numéro ONSS : [REDACTED] et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement :
2	Nom et prénom ou raison commerciale :
3	Rue/numéro/boite : [REDACTED] Code postal : [REDACTED] Commune : [REDACTED]
4	Activité de l'entreprise :
5	Numéro de téléphone de la personne de contact :
6	Numéro de compte bancaire(*): IBAN [REDACTED] Etablissement financier : BIC [REDACTED]

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : [REDACTED]
8	Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED]
9	Lieu de naissance : [REDACTED] Date de naissance : [REDACTED]
10	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : [REDACTED]
11	Résidence principale : Rue/numéro/boite : [REDACTED] Code postal : [REDACTED] Commune : [REDACTED] Pays : [REDACTED] Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) : Rue/numéro/boite : [REDACTED] Code postal : [REDACTED] Commune : [REDACTED] Pays : [REDACTED] Numéro de téléphone : [REDACTED]
12	Langue de correspondance avec la victime : <input checked="" type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
13	Parenté avec l'employeur : <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire(*): IBAN [REDACTED] Etablissement financier : BIC [REDACTED]
15	Numéro Dimona de l'emploi :
16	Date d'entrée en service : [REDACTED]



17	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service:
18	Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP : <input type="checkbox"/> Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise : <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an
19	La victime est-elle intérimaire? <input checked="" type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui, numéro 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⁾ <input checked="" type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur: Nom: Adresse:

ACCIDENT

21	Jour de l'accident : date : <input type="checkbox"/> heure : <input type="checkbox"/> min : <input type="checkbox"/>
22	Date de notification à l'employeur : <input type="checkbox"/> heure : <input type="checkbox"/> min : <input type="checkbox"/>
23	Nature de l'accident : <input checked="" type="checkbox"/> accident du travail <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input checked="" type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> à un autre endroit: <i>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)</i> Rue/numéro/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.) ? <input type="checkbox"/>
27	Précisez l' <u>activité générale</u> (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) . <input type="checkbox"/>
28	Précisez l' <u>activité spécifique</u> 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.) <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) . <input type="checkbox"/>



29	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (2) <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre poste de travail
30	Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident (p. ex., <i>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.</i>) ? . Précisez tous ces faits <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., <i>outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.</i>). [REDACTED]
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident : (3): [REDACTED] Code (3): [REDACTED]
32	Agent matériel de cette déviation : (3): [REDACTED] Code (3): [REDACTED]
33	Un procès-verbal a-t-il été dressé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification [REDACTED] et a été rédigé à le [REDACTED] par [REDACTED]
34	Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, nom et adresse : [REDACTED] nom et adresse de l'assureur : [REDACTED] Numéro de police : [REDACTED]
35	Y a-t-il eu des témoins ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, Nom : [REDACTED] Rue/numéro/boite [REDACTED] Code postal [REDACTED] Commune [REDACTED] Pays Sorte(4) [REDACTED]

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., <i>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.</i>) <u>ET</u> les objets impliqués, (p.ex., <i>outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.</i>) [REDACTED]
37	Nature de la lésion (3) : [REDACTED] Code (3): [REDACTED]
38	Localisation de la lésion (3) : [REDACTED] Code (3): [REDACTED]

SOINS	
39	Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date : [REDACTED] heure : [REDACTED] min : [REDACTED] Qualité du dispensateur : [REDACTED] Description des soins dispensés : [REDACTED]
40	Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, date : [REDACTED] heure : [REDACTED] min : [REDACTED] numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI (5): [REDACTED] nom et prénom du médecin externe : [REDACTED] rue/numéro/boite : [REDACTED] code postal : [REDACTED] commune : [REDACTED]



41	Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, date : heure : min : numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI ⁽⁵⁾ : dénomination de l'hôpital : rue/numéro/boite : code postal : commune :
----	--

CONSÉQUENCES	
42	Conséquences de l'accident : <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> occupation temporaire avec travail adapté (prestations réduites ou autre fonction, sans perte de salaire) à partir du/...../20..... <input type="checkbox"/> incapacité temporaire totale de travail à partir du/...../20..... heure : min. : <input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir <input type="checkbox"/> décès, date du décès :
43	Cessation de l'activité professionnelle – date : heure : min :
44	Date de reprise effective du travail habituel/au poste d'origine : 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

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⁾ : Code ⁽³⁾ :
47	Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ :

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 : S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employé de maison <input type="checkbox"/> apprenti/stagiaire assujetti à l'ONSS <input type="checkbox"/> apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS <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"/>
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 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 ? <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 : - 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, montant : <input type="checkbox"/> % de la rémunération annuelle <input type="checkbox"/> montant forfaitaire de € <input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :

63	Mutuelle : Code ou nom : Rue/n°/boite : Code postal : Commune : Numéro d'affiliation :
----	---

(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 aout 1996

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

(3) voir l'annexe IV du chapitre Ier, 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) 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.