

DECLARATION D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Délai de déclaration

Envoyez ce formulaire ainsi que l'attestation médicale de premiers soins dans les 8 jours civils qui suivent l'accident à l'assureur.

En cas d'un accident du travail entraînant la mort ou une incapacité de travail permanente, vous devez faire la déclaration sans délai au service Contrôle du Bien-être au Travail. Vous retrouverez les coordonnées de ce service sur notre site web (www.baloise.be sous "Que faire en cas de sinistre?").

Accident du travail grave

Nous vous rappelons qu'en cas d'un accident du travail grave, vous devez fournir au service Contrôle du Bien-être au Travail dans les 10 jours civils un rapport détaillé dans lequel les circonstances sont analysées et des mesures de prévention sont proposées.

Sur notre page web "Que faire en cas de sinistre?", vous pouvez vérifier si un accident du travail est considéré comme grave ou non.

Quels accidents faut-il déclarer?

L'employeur est tenu de déclarer tout accident qui peut donner lieu à l'application de la loi sur les accidents du travail. En cas de doute, il faut donc déclarer tout accident survenu.

Une exception à cette obligation de déclaration: les accidents bénins n'ayant occasionné ni perte de salaire, ni incapacité de travail mais requérant uniquement des soins médicaux pour lesquels l'intervention d'un médecin n'était pas nécessaire et qui ont été administrés après l'accident sur le lieu d'exécution du contrat de travail.

Pour ces accidents, il suffit d'enregistrer l'intervention dans le cadre des premiers secours dans un registre. Les éléments suivants doivent être notés dans le registre des premiers secours: nom du secouriste, nom de la victime, endroit, date, heure, description et circonstances de l'accident; nature, date et heure de l'intervention et identité des témoins éventuels.

Qui déclare les accidents du travail?

L'employeur ou celui qu'il a délégué à cette fin et la victime ou les ayants droit.

La déclaration d'accident du travail = la fiche d'accident

La présente déclaration répond à toutes les exigences légales concernant la fiche d'accident, lorsqu'elle est remplie et signée par le chef de sécurité et d'hygiène.

Qui faut-il informer?

Cette déclaration est destinée à l'assureur accident du travail, au service médical et à l'employeur.

ATTENTION:

- un accident sur le chemin du travail = un accident du travail
- Après un accident du travail, l'employeur est tenu de payer le salaire mensuel garanti au personnel assujéti à la sécurité sociale, pour les 30 premiers jours à partir du début de l'incapacité de travail.

	35	Y a-t-il eu des témoins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui: Nom, Rue, n°, boîte, Code postal, Commune, Pays	Sorte ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LESION	36	Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique)? Précisez tous les différents contacts ET les objets impliqués.*)	
	37	Nature de la lésion ⁽³⁾ :	Code ⁽³⁾ : <input type="text"/>
	38	Localisation de la lésion ⁽³⁾ :	Code ⁽³⁾ : <input type="text"/>
SOINS	39	Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/> Qualité du dispensateur:	
	40	Description des soins dispensés:	
	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: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/> N° d'identification du médecin externe à l'INAMI ⁽⁵⁾ : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Nom et prénom du médecin externe:	
	41	Rue, n°, boîte, Code postal, Commune:	
	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: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/> N° d'identification de l'hôpital à l'INAMI ⁽⁵⁾ : <input type="text"/> Dénomination et l'adresse de l'hôpital:	
CONSEQUENCES	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"/> incapacité temporaire de travail <input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir <input type="checkbox"/> décès, date du décès: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>	
	43	Cessation de l'activité professionnelle - date: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>	
	44	Date de reprise effective du travail: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/> 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? <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:	
	47	Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ : <input type="text"/>	
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: <input type="text"/> 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 sous contrat <input type="checkbox"/> stagiaire non rémunéré <input type="checkbox"/> autre (à préciser):	
	50	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise?: <input type="checkbox"/> oui (passez à la question 62) <input type="checkbox"/> non	
	51	Commission (sous-)paritaire - dénomination:	
	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="text"/> jours et <input type="text"/> centièmes	
	54	Nombre moyen d'heures par semaine concernant la victime: <input type="text"/> heures et <input type="text"/> centièmes	
	55	Nombres moyen d'heures par semaine concernant la personne de référence: <input type="text"/> heures et <input type="text"/> 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: <input type="text"/> - 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): EUR	
	59	Prime de fin d'année? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, montant: <input type="text"/> , <input type="text"/> % de la rémunération annuelle <input type="checkbox"/> montant forfaitaire de EUR <input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures heures	
60	Autres avantages non visés dans une autre rubrique: EUR (exprimés sur une 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: <input type="text"/> - <input type="text"/> - 20 <input type="text"/>		
62	Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident: <input type="text"/> , <input type="text"/> Perte salariale pour les heures de travail perdues: <input type="text"/> , <input type="text"/> EUR		

Déclarant (nom et qualité):

Nom du conseiller en prévention:

Date: --**20**

Signature

Date: --**20**

Signature

(*) EXPLICATION
COMPLETE DES
QUESTIONS POSEES

- (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 I^{er}, 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.

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.)
27. **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 tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.)
28. **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.)
30. **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.)
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.: 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.)

DECLARATIONS

- Baloise Insurance est le nom commercial de Baloise Belgium SA.
- Avertissement
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise Insurance entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal. En outre, les intéressés sont repris dans ce cas dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur. Datassur communique les risques d'assurance à suivre spécialement à toutes les autres compagnies d'assurances affiliées.

Traitement de données personnelles

Pour quelle raison utilisons-nous vos données personnelles?

En tant qu'assureur, nous traitons vos données personnelles. Les données personnelles sont des données portant sur votre statut personnel, par exemple votre âge, votre adresse, votre date de naissance.

Elles sont nécessaires pour:

- évaluer le risque;
- traiter vos polices et vos sinistres.

Nous n'utilisons ces données que dans ce but précis ou parce que la loi nous y oblige.

Nous ne traitons vos données médicales que si vous nous donnez explicitement votre autorisation.

Vos droits légaux

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer.

Plus d'informations

Ceci n'est qu'un résumé de notre politique en matière de vie privée. Si vous voulez connaître précisément vos droits et vos obligations, n'hésitez pas à consulter notre politique en matière de vie privée complète sur notre site web (<http://www.baloise.be/vieprivee>).

Nous pouvons aussi vous remettre une version papier.

Données de contact

Pour toutes vos questions sur la vie privée, n'hésitez pas à vous adresser à notre Data Protection Officer (DPO):

Baloise Insurance

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Courriel: privacy@baloise.be