



Veuillez envoyer ce formulaire de demande et les éventuelles pièces jointes par la poste à l'adresse suivante:

KBC Assurance
Service des accidents du travail
Professor Roger Van Overstraetenplein 2
3000 Leuven

Déclaration d'accident du travail dès 1/1/2020

entreprise d'assurances : KBC Assurances SA , Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven

numéro police d'assurance _____ fiche d'accident année _____ n° _____
subdivision supplémentaire _____ numéro d'accident _____
du numéro de police chez l'assureur
code tarifaire de la victime _____ numéro DRS _____
voir police d'assurance

 Envoyez à l'assureur ce formulaire dans les 8 jours qui suivent l'accident (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et l'AR du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail).
Transmettez également à l'assureur **l'attestation médicale** dès que vous en disposez.

Le mode de déclaration d'un **accident grave** au Contrôle du Bien-être au Travail (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale) est stipulé à l'article I.6-3 du Code du bien-être au travail.

EMPLOYEUR

- 1 numéro d'entreprise _____ ONSS _____
en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement _____
- 2 nom et prénom ou raison commerciale _____
- 3 rue, numéro, boîte _____
code postal _____ commune _____
- 4 activité de l'entreprise _____
- 5 numéro de téléphone de la personne de contact _____
e-mail de la personne de contact _____
- 6 numéro de compte bancaire IBAN _____
établissement financier BIC _____

VICTIME

- 7 NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) _____
- 8 nom et prénom _____
- 9 lieu de naissance _____ date de naissance _____
- 10 nationalité _____ sexe ☐ H ☐ F

11 résidence principale

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____ pays _____

adresse de correspondance *à mentionner si elle diffère de la résidence principale*

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____ pays _____

numéro de téléphone _____

e-mail _____

12 langue de correspondance avec la victime ☐ néerlandais ☐ français ☐ allemand

13 parenté avec l'employeur ☐ pas parent(e) ☐ au premier degré (parents et enfants) ☐ autre (p. ex., oncle ou grands-parents)

14 numéro de compte bancaire IBAN _____

établissement financier BIC _____

15 numéro 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 CIP _____

Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise ?

☐ moins d'une semaine ☐ d'une semaine à un mois ☐ d'un mois à un an ☐ plus d'un an

19 La victime est-elle intérimaire ? ☐ oui ☐ 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 ? ☐ oui ☐ non

si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur _____

nom _____

adresse _____

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'employeurs ou indépendants extérieurs » du chapitre IV «Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures ou par des intérimaires» de la loi du 4 août 1996.

ACCIDENT

21 jour de l'accident Choisir date _____ heure ____ min ____

22 date de déclaration à l'employeur _____ heure ____ min ____

23 nature de l'accident ☐ accident du travail ☐ accident sur le chemin du travail

24 horaire de la victime le jour de l'accident

de ____ heure ____ à ____ heure ____

25 lieu de l'accident

☐ dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3

☐ sur le lieu de télétravail

☐ 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 trois dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et numéro du chantier)

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____ pays _____

numéro de 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.) ?

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 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).

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.).

29 À quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ?²

- ☐ poste habituel ou unité locale habituelle
- ☐ poste occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur
- ☐ autre poste

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.).

31 dernière déviation ayant conduit à l'accident³ _____ code³ _____

32 agent matériel de cette déviation³ _____ code³ _____.

33 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification _____ rédigé à _____

le _____ par _____

34 Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

si oui, nom _____

adresse _____

nom de l'assureur _____

adresse de l'assureur _____

numéro de police _____

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

³ voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

35 Y a-t-il eu des témoins ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

si oui, nom - rue, numéro, boîte – code postale – commune – pays

sorte⁴

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., *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.*).

37 nature de la blessure ³ _____ code³ _____

38 localisation des blessures ³ _____ code³ _____

SOINS

39 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? ☐ oui ☐ non

si oui, date _____ heure _____ min _____

qualité du dispensateur _____

description des soins dispensés _____

40 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'INAMI⁵ _____

nom et prénom du médecin externe _____

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____

³ voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

⁴ mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect

⁵ à compléter si la donnée est connue

41 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'INAMI⁵ _____

dénomination de l'hôpital _____

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____

CONSÉQUENCES

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

☐ occupation temporaire avec travail adapté (prestations réduites ou autre fonction, sans perte de salaire) à partir du _____

☐ incapacité temporaire totale de travail à partir du _____ heure _____ min _____

☐ incapacité permanente de travail à prévoir

☐ décès, date du décès _____

43 date de reprise effective du travail habituel/au poste d'origine _____

44 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 de travail/du travail adapté ____ jours

PRÉVENTION

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 ☐ protection contre les chutes

☐ masque respiratoire à filtre ☐ masque antiseptique ☐ masque respiratoire avec apport d'air frais

☐ autre _____

46 mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident

_____ code³ _____

_____ code³ _____

47 codes risques propres à l'entreprise ⁶ _____

³ voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

⁶ champ facultatif

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/stagiaire assujetti à l'ONSS ☐ apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS
☐ autre à préciser _____
- 50** si «apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS», type de stage ou de formation ☐ F1 ☐ F2 > *passez à la question 62*
- 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 de la victime _____ heures et _____ centièmes
- 55** nombre moyen d'heures par semaine de 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*
_____ EUR
- 59** Prime de fin d'année ? ☐ oui ☐ non
si oui, montant ☐ _____ % de la rémunération annuelle
☐ montant forfaitaire de _____ EUR
☐ rémunération d'un nombre d'heures – nombre d'heures _____
- 60** autres avantages non visés dans une autre rubrique _____ EUR (exprimés sur base annuelle)

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 _____ EUR

SIGNATURE

date _____

date _____

signature du déclarant

signature du conseiller en prévention

nom _____

nom _____

capacité _____

63 mutuelle – code ou nom _____

rue, numéro, boîte _____

code postal _____ commune _____

numéro d'affiliation _____