|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| entreprise d'assurances : KBC Assurances SA , Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven | | | | |
| numéro police d’assurance  subdivision supplémentaire du numéro de police  code tarifaire de la victime *voir police d’assurance* | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | fiche d'accident | année **\_\_\_\_\_\_\_** | n° **\_\_\_\_\_\_\_** |
| numéro d'accident chez l'assureur | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| numéro DRS | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

*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  établissement financier | | | | IBAN  BIC | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **15** | numéro Dimona de l'emploi | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **16** | date d'entrée en service | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **17** | durée du contrat de travail  La date de sortie de service est-elle connue ? | | | | | | | | indéterminée  déterminée  oui  non si oui, date de sortie de service **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **18** | profession habituelle dans l'entreprise | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | code CITP | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | 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]](#footnote-1)?  oui  non  si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  nom **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  adresse **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 boite, 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]](#footnote-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’accident[[3]](#footnote-3) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | 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 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **35** | Y a-t-il eu des témoins ?  oui  non  réponse inconnue  si oui, nom - rue, numéro, boîte – code postale – commune – pays  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | sorte[[4]](#footnote-4)  **\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_** |

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 I'INAMI[[5]](#footnote-5) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  nom et prénom du médecin externe **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  rue, numéro, boîte **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  code postal **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** commune **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 I'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]](#footnote-6) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

INDEMNISATION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **48** | La victime est-elle affiliée à I'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 I'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  capacité | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nom **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **63** | mutuelle – code ou nom **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  rue, numéro, boîte **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  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'employeurs ou indépendants extérieures » du chapitre IV «Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures ou par des intérimaires» de la loi du 4 aout 1996. [↑](#footnote-ref-1)
2. ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail [↑](#footnote-ref-2)
3. voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail [↑](#footnote-ref-3)
4. ³ voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

   mentionnez « D » pour un témoin direct et« I »pour un témoin indirect [↑](#footnote-ref-4)
5. à compléter si la donnée est connue [↑](#footnote-ref-5)
6. ³ voir l'annexe II.1-4 du code sur le bien-être au travail

   champ facultatif [↑](#footnote-ref-6)