DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
dès 1/1/2020

Entreprise d'assurances
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 : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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 : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6	Numéro de compte bancaire : IBAN ☐
	Établissement fin. : BIC ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

	VICTIME
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐
8	Nom : …… Prénom : ……
9	Lieu de naissance : Date de naissance : ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐
10	Sexe : ☐ homme ☐ femme Nationalité : ……
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 : ……
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 fin. : 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 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 travauxeffectués par une entreprise extérieure[1] ? ☐ oui ☐ non
	Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Nom : ……
	Adresse ……

ACCIDENT

21 Jour de l'accident : ……..…….. date : ☐☐-☐☐-20.... 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 ☐☐ h. ☐☐ à ☐☐ h. ☐☐ et de ☐☐ h. ☐☐ à ☐☐ h. ☐☐.

25 Lieu de l'accident :

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

☐ 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 code postal et numéro du chantier)

Rue, numéro : ……..……..…….……..……..

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 oude plusieurs, formation, trevail 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, fermetured'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):

☐ 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): ……..……..…… Code (3): ☐☐

32 Agent matériel de cette déviation (3): ……..…… Code (3): ☐☐ . ☐☐

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 et adresse : ……..……
nom et 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]
..……..……..……..…… ……
..……..……..……..…… ……

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, coincementou 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] : ……..……..……..…… Code [3]: ☐☐☐

38 Localisation des blessures [3] : ……...…… Code [3]: ☐☐

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'INAMI [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 l'INAMI [5]: ☐☐☐☐☐☐☐☐
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 ... : …
- ☐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 ou partielle de travail : ……. jours

(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.

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

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
☐ masque respiratoire avec apport d'air frais ☐ masque respiratoire à filtre ☐ masque antiseptique
☐ protection contre les chutes ☐ 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 ? ☐ 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 ☐ apprenti/stagiaire assujetti à L'ONSS ☐ apprenti/stagiaire non assujetti à l'ONSS ☐ employé de maison ☐ 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) : € ☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐

59 Prime de fin d'année ? ☐ oui ☐ non
Si oui, montant : ☐ ☐☐ , ☐☐ % de la rémunération annuelle
☐ montant forfaitaire de € ☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐
☐ 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 ? ☐ 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 : € ☐☐☐ , ☐☐

Déclarant (nom et qualité) : Nom du conseiller en prévention :

…… ……
Date ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Date ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Signature : …… Signature : ……

63 Mutuelle - Code ou nom : ☐☐☐
……...
Rue, numéro, boîte :
……..
Code postal : ☐☐☐☐ Commune :
……
Numéro d'affiliation : ……

(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
(6) champ facultatif

Protection de vos données personnelles[1]

En vertu du Règlement général de protection des données (RGPD) de l'Union européenne[2], nous vous informons des traitements qui seront effectués par Fedris sur vos données personnelles et sur les droits que vous pouvez faire valoir par rapport à ces données.

Dans quels buts traitons-nous vos données ?

Nous avons besoin de vos données pour exécuter nos missions légales relatives aux risques professionnels dans le cadre de la sécurité sociale[3]. Par exemple :

- donner suite à votre demande et traiter votre dossier
- vous communiquer une décision de notre organisme
- calculer et payer une indemnité à laquelle vous avez droit
- rembourser vos soins de santé
- contrôler les entreprises d'assurances et les employeurs en matière de risques professionnels
- réaliser des études scientifiques et statistiques à des fins de prévention

Combien de temps conservons-nous vos données ?

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution des traitements ci-dessus et/ou pendant la durée requise en tant que preuve légale, avec un maximum de 30 ans après votre décès.

À qui vos données sont-elles éventuellement communiquées ?

Nous sommes susceptibles de transmettre tout ou une partie de vos données aux personnes et institutions avec lesquelles Fedris collabore. Il s'agit principalement des destinataires suivants :

- d'autres organismes publics : SPF Finances, ONSS, SFP (pensions), INASTI (indépendants)…
- les organismes bancaires via lesquels Fedris exécute les paiements aux bénéficiaires
- votre mutualité ou tout autre organisme bénéficiant d'un droit de subrogation
- vos prestataires de soins (médecins, prothésistes…)
- les médecins et avocats avec lesquels Fedris collabore
- le service de la médecine du travail de votre employeur
- les juridictions saisies d'une procédure judiciaire
- l'entreprise d'assurances de votre employeur (en cas d'accident du travail)
- votre employeur ou votre établissement d'enseignement

Quels sont vos droits par rapport à vos données ?

1. Demander de quelles données personnelles Fedris dispose à votre sujet
2. Obtenir une copie de ces données
3. Demander l'effacement de ces données (sous réserve)
4. Demander la rectification de ces données
5. Savoir si les décisions prises par Fedris ont été automatisées ou non
6. Retirer votre consentement si vous l'avez donné auparavant

Comment pouvez-vous exercer vos droits par rapport à vos données?

Contactez le délégué à la protection des données (DPD) par e-mail à privacy@fedris.be ou par courrier à Fedris, service Sécurité de l'information, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.

Une réclamation ?

Écrivez à : Autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.

---

[1] Responsable du traitement des données : Agence fédérale des risques professionnels, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles
[2] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016
[3] Loi du 3 juillet 1967 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, loi-programme du 27 décembre 2006