

# DECLARATION D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

---

## Délai de déclaration

Envoyez ce formulaire dans les **8 jours calendriers** qui suivent l'accident à l'**assureur**, avec à l'appui l'attestation médicale de premiers soins.

En cas d'un accident du travail entraînant la mort ou une incapacité de travail permanente, vous devez faire la déclaration **sans délai** au **Contrôle du bien-être au travail**. Vous retrouverez les coordonnées du service Contrôle du bien-être au travail sur le site de Baloise Insurance ([www.baloise.be](http://www.baloise.be)) sous "Accidents de travail".

## Aide pour compléter la déclaration

Sur la page web "Accidents de travail", vous trouverez des informations utiles, vous permettant de remplir le formulaire de déclaration d'un accident.

## 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 calendriers un rapport détaillé dans lequel les circonstances sont analysées et des mesures de prévention sont proposées.

Sur le page web "Accident de travail", vous pouvez vérifier si un accident du travail est considéré comme grave ou non.

## Quels accidents faut-il déclarer?

L'employeur ou son délégué 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.

## Qui déclare les accidents du travail?

- l'employeur ou celui qu'il a délégué à cette fin (p.ex. le chef du personnel ou le chef de sécurité, les secrétariats sociaux reconnus par le SPF Sécurité Sociale);
- 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;
- le service médical;
- l'employeur.

## ATTENTION:

- un accident sur le chemin du travail = un accident du travail
- veuillez noter qu'en cas d'accident du travail, l'employeur est tenu de payer le salaire habituel au personnel assujetti à la sécurité sociale, pour les 30 premiers jours à partir du début de l'incapacité de travail.

**DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL**Code tarification de la victime (voir police d'assurance): \_\_\_\_\_  
N° d'accident chez l'assureur: \_\_\_\_\_N° de police d'assurance: \_\_\_\_\_  
Fiche d'accident: année \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

<b>EMPLOYEUR</b>	1	N° d'entreprise: _____ N° ONSS: _____ et, en cas de plusieurs établissements, n° d'unité d'établissement _____
	2	Nom et prénom ou raison commerciale: _____
	3	Rue, n°, boîte: _____ Code postal _____ Commune, Pays: _____
	4	Activité de l'entreprise: _____
	5	N° de téléphone de la personne de contact: _____
	6	N° de compte bancaire: _____-_____-_____

<b>VICTIME</b>	7	NISS (n° d'identification de la sécurité sociale): _____-_____-_____
	8	Nom: _____ Prénom: _____
	9	Lieu de naissance: _____ Date de naissance: _____-_____-_____
	10	Sexe: <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité: _____
	11	Résidence principale: Rue, N°, boîte: _____ Code postal _____ Commune, Pays: _____ Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) Rue, n°, boîte: _____ Code postal _____ Commune, Pays: _____ N° de téléphone: _____
	12	Langue de correspondance avec la victime: <input 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, grands-parents)
	13'	Mutuelle – Code ou nom: _____ N° d'affiliation: _____ Rue, n°, boîte: _____ Code postal _____ Commune, Pays: _____
	14	N° de compte bancaire: _____-_____-_____
	15	N° Dimona de l'emploi: _____-_____
	16	Date d'entrée en service: _____-_____-_____
	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: _____ 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 type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, n° 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 <sup>(1)?</sup> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, n° d'entreprise de cet autre employeur: _____ Nom: _____ Adresse: _____

<b>ACCIDENTS</b>	21	Jour de l'accident: _____ date: _____-_____- <b>20</b> _____ heure: _____ min: _____
	22	Date de notification à l'employeur: _____-_____- <b>20</b> _____ heure: _____ min: _____
	23	Nature de l'accident: <input type="checkbox"/> accident du travail <input 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 type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation?: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 n° du chantier) Rue, n°, boîte: _____ Code postal _____ Commune, Pays: _____ N° du chantier: _____-_____-_____-_____
	26	Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit?(*)
	27	Précisez l'activité générale (le type de travail) qu'effectuait la victime lorsque l'accident s'est produit.(*)
	28	Précisez l'activité spécifique de la victime lorsque l'accident s'est produit ET les objets impliqués.(*)
	29	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle? <sup>(2)</sup> <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? Mentionnez également les objets impliqués.(*)
	31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident <sup>(3)</sup> : _____ Code <sup>(3)</sup> : _____
	32	Agent matériel de cette déviation <sup>(3)</sup> : _____ Code <sup>(3)</sup> : _____-_____
	33	Un procès-verbal a-t-il été dressé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue Si oui, N° du PV: _____ rédigé à _____ le _____-_____- <b>20</b> _____ par _____
	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: _____ N° de police: _____

	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 <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>LESION</b>	36	Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique)? Précisez <u>tous les différents contacts ET les objets impliqués</u> .(*)	
	37	Nature de la lésion <sup>(3)</sup> : .....	Code <sup>(3)</sup> : <input type="text"/>
	38	Localisation de la lésion <sup>(3)</sup> : .....	Code <sup>(3)</sup> : <input type="text"/>
<b>SOINS</b>	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"/> - <b>20</b> <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"/> - <b>20</b> <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/> N° d'identification du médecin externe à l'INAMI <sup>(5)</sup> : <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"/> - <b>20</b> <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/> N° d'identification de l'hôpital à l'INAMI <sup>(5)</sup> : <input type="text"/> Dénomination et l'adresse de l'hôpital: .....	
<b>CONSEQUENCES</b>	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"/> - <b>20</b> <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>	
	43	Cessation de l'activité professionnelle - date: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <b>20</b> <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>	
	44	Date de reprise effective du travail: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <b>20</b> <input type="text"/> S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail: ..... jours	
<b>PREVENTION</b>	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 <sup>(6)</sup> : <input type="text"/>	
<b>INDEMNISATION</b>	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="checkbox"/> <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"/> - <b>20</b> <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):

.....

Date: --**20**

Signature

Nom du conseiller en prévention:

.....

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<sup>er</sup>, 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.

- Baloise Insurances traite les coordonnées dans le cadre de l'appréciation du risque, de la gestion de polices et de sinistres et à des fins commerciales. Les données du déclarant et de la victime peuvent également être utilisées au sein des entreprises du Baloise Group. Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous pouvez toujours consulter ces données et les faire corriger auprès du Secrétariat général (privacy@baloise.be). Si vous ne souhaitez pas recevoir des informations commerciales, vous devez le signaler. Le déclarant et la victime nous donnent leur consentement particulier pour faire traiter leurs données relatives à la santé ainsi que leurs données judiciaires. Nous pouvons également utiliser toutes les coordonnées acquises dans le cadre de la lutte contre la fraude. Le déclarant et la victime consentent à ce que les coordonnées, uniquement dans le cadre de notre gestion de polices et de sinistres, puissent être transmises à notre réassureur ou à des tiers auxquels nous sommes liés par contrat et à Datassur, uniquement si elles sont importantes pour l'appréciation du risque ainsi que pour la gestion de polices et/ou de sinistres. Le déclarant et la victime peuvent consulter ces données et les faire corriger auprès de Datassur, service Fichiers, square de Meeûs 29, 1000 Bruxelles.
- Avertissement  
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise Insurances sa 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.

Baloise Belgium SA

Siège social

City Link  
Posthofbrug 16  
2600 Antwerpen  
Belgique  
Tél.: +32 3 247 21 11

Siège

Rue du Champ de Mars 23  
1050 Bruxelles  
Belgique  
Tél.: +32 2 773 03 11

RPM Antwerpen  
TVA BE 0400.048.883  
IBAN: BE31 4100 0007 1155  
BIC: KREDBEBB

info@baloise.be  
www.baloise.be

Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.