

P&V Accident du travail (Loi 71/privé)

Déclaration de sinistre

Envoyez ce formulaire dans les huit jours qui suivent l'accident à l'assureur avec, à l'appui, l'attestation médicale de premiers soins (art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et AR du 12 mars 2003). Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Contrat	
Entreprise d'assurance	P&V Assurances SCRL
N° police d'assurance	Subdivision supplémentaire du numéro de police _____
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance)	_____
Fiche d'accident	Année _____ N° _____
N° d'accident chez l'assureur	Numéro DRS _____

Employeur	
1 N° d'entreprise	N° ONSS _____
et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement _____	
2 Nom+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 (*)	_____
Etablissement financier BIC	_____

Victime	
7 NISS (n° d'identification de la sécurité sociale)	_____
8 Nom	Prénom _____
9 Lieu de naissance	Date de naissance __ / __ / ____
10 Sexe	<input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin Nationalité _____
11 Résidence principale	Rue, numéro, boîte _____
	Code postal _____ Commune _____ Pays _____
Adresse de correspondance	Rue, numéro, boîte _____
(à mentionner si elle diffère de la résidence principale)	Code postal _____ Commune _____ Pays _____
	Téléphone ++ __ () _____

Victime (suite)

- 12 Langue de correspondance avec la victime français néerlandais allemand
- 13 Parenté avec l'employeur pas parent(e)
 au premier degré (parents et enfants)
 autre (ex. oncle ou grands-parents)
- 14 Numéro de compte bancaire IBAN (*) _____
Etablissement 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 _____

Accident

- 21 Jour de l'accident date ____ / ____ / ____ - ____ heure ____ min.
- 22 Date de notification à l'employeur date ____ / ____ / ____ - ____ heure ____ min.
- 23 Nature de l'accident accident du travail
 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 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 n° du chantier)
- Rue, numéro, 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 ? (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.)

Accident (suite)

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.).

.....
.....

29 A quel type de poste de travail la victime se trouve-elle ? ⁽²⁾

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

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 survenance (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

.....
.....

31 Dernière déviation qui a 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 n° d'identification et a été 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

N° de police

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

Si oui, nom - rue, n°, bus - code postal - 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 provoqués 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 lésion ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ _ _ _

38 Localisation de la lésion ⁽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
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès __ / __ / ____
- 43 Cessation de l'activité professionnelle date __ / __ / ____ - __ heure __ min.
- 44 Date de reprise effective du travail date __ / __ / ____
S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : _____ jours.

Prévention

- 45 De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> aucun | <input type="radio"/> casque | <input type="radio"/> gants |
| <input type="radio"/> lunettes de sécurité | <input type="radio"/> écran facial | <input type="radio"/> veste de protection |
| <input type="radio"/> tenue de signalisation | <input type="radio"/> protection de l'ouïe | <input type="radio"/> chaussures de sécurité |
| <input type="radio"/> masque respiratoire avec apport d'air frais | <input type="radio"/> masque respiratoire à filtre | <input type="radio"/> masque antiseptique |
| <input type="radio"/> protection contre les chutes | <input type="radio"/> autre | |
- 46 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
- _____ Code ⁽³⁾ ____
- _____ 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 employé de maison
 apprenti sous contrat stagiaire non rémunéré autre (à préciser) _____
- 50 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 62) non
- 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 concernant la victime _____ heures et _____ centièmes
- 55 Nombre moyen d'heures par semaine concernant 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 _____, _____ heures
Perte salariale pour les heures de travail perdues € _____, _____

- 63 **Mutuelle** Code ou nom
Numéro d'affiliation Rue, numéro, boîte
Code postal _____ Commune _____

Déclarant (nom et qualité)

Nom du conseiller en prévention

Date ___ / ___ / _____

Date ___ / ___ / _____

Signature

Signature

- (1) au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section Ire "Travaux d'entreprise extérieurs" 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 Ier, 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
- (*) Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.