



Intermédiaire		
N° Producteur	Référence	N° FSMA
Nom		Prénom
Tél.	Fax	GSM
E-mail		@
N° compte	IBAN	BIC

MODEL A Déclaration d'accident du travail

Déclaration de sinistre

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration. Il doit être accompagné du modèle B (attestation médicale), dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité. **Le formulaire peut être envoyé à l'adresse email claims-NS@pv.be.**

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

Contrat		
Entreprise d'assurance	P&V Assurances	
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	

L'employeur		
1 Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement		
Tél.	Fax	E-mail
2 Rue, n°, boîte		
Code postal _ _ _ _	Commune	
3 Objet de l'administration		Code NACE-BEL
4 Numéro d'entreprise et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement		
Numéro de police		

Victime		
5 Nom et prénoms		
Nom de l'époux ⁽¹⁾		
6 Date de naissance ⁽²⁾ _ _ / _ _ / _ _ _ _	Sexe ⁽³⁾ <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Rôle linguistique
7 Numéro du Registre national _ _ _ _ - _ _ _ - _ _	Nationalité	
8 Numéro du dossier auprès du service médical compétent		
9 Numéro de compte bancaire IBAN ^(*) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Etablissement financier BIC _ _ _ _ _ _ _ _		
10 Résidence principale		
Rue, n°, boîte	Code postal _ _ _ _	Commune
		Pays

L'accident

11 Jour de l'accident date⁽²⁾ __ / __ / ____ - __ h __ min.

- 12 Lieu de l'accident dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 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, n°, boîte

Code postal _ _ _ _ Commune

Pays

Numéro du chantier

13 Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ?⁽³⁾

oui non

Si non, quelle occupation exerçait-elle ?

S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime) ?⁽³⁾

oui non

14 a) Dans quel **environnement** (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.)

b) Précisez **l'activité générale** (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, tâches de type forestier; tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage).

c) 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 (**agent matériel**) (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

d) 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 (**agent matériel**) s'ils ont joué un rôle dans leur survenue
(p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

e) 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 (**agent matériel**) (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

L'accident (suite)

- 15 La victime a reçu des premiers soins? oui non
 Si oui, date⁽²⁾ __ / __ / ____ - __ h __ min.
 Premiers soins donné par _____
 Nom _____
 Rue, n°, boîte _____
 Code postal ____ Commune _____ Pays _____
- 16 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⁽²⁾ __ / __ / ____ par _____
- 17 Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident? oui non réponse inconnue
 Si oui, nom et adresse _____
 Nom et adresse de son assureur _____ N° police _____
- 18 Y a-t-il eu des témoins? oui non réponse inconnue
 Si oui, Nom - Rue, numéro, boîte - Code postal - Commune - Pays _____

- En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

- 19 Nature de l'accident⁽³⁾ accident du travail
 accident sur le chemin du travail
 accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

L'employeur

- 20 Adresse de la division ou du service dont dépend la victime
 Rue, n°, boîte _____
 Code postal ____ Commune _____
- 21 Service externe chargé du contrôle médical
 Nom _____
 Rue, n°, boîte _____
 Code postal ____ Commune _____
- 22 Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident

- 23 Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident

La victime et l'accident

- 24 Date d'entrée en service de la victime⁽²⁾ __ / __ / ____
- 25 Durée de l'emploi indéterminée déterminée
- 26 La date de sortie de service est-elle connue ? oui non Si oui, date de sortie de service⁽²⁾ _____
- 27 Nature de l'emploi à temps plein à temps partiel
- 28 Catégorie professionnelle⁽³⁾ agent définitif contractuel stagiaire formation pour un travail rémunéré
 autre (à préciser) _____
- 29 Fonction habituelle dans l'administration _____ Code CITP _____
Fonction _____
- 30 Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement
 moins d'une semaine d'une semaine à un mois d'un mois à un an plus d'un an
- 31 A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ?⁽⁵⁾
 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 _____
- 32 Date de déclaration à l'employeur⁽²⁾ __ / __ / ____
- 33 Heures à prester par la victime le jour de l'accident
de __ h __ min. à __ h __ min. et de __ h __ min. à __ h __ min.
- 34 Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :

Prévention

- 35 Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction

- 36 Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ?⁽³⁾
 Oui Non Si non, quelle activité exerçait-elle ? _____
- S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ?⁽³⁾ Oui Non
- 37 Type de travail _____ Code⁽⁸⁾: _____
- 38 Dernière déviation qui a conduit à l'accident _____ Code⁽⁶⁾ _____
- 39 Agent matériel de cette déviation _____ Code⁽⁶⁾ _____
- 40 Contact-modalité de la blessure _____ Code⁽⁸⁾ _____
- 41 Lésion - Nature⁽⁷⁾⁽⁶⁾ _____ Code⁽⁶⁾ _____
Localisation⁽⁷⁾⁽⁶⁾ _____ Code⁽⁶⁾ _____

Prévention (suite)

42 Conséquences de l'accident⁽⁷⁾⁽⁶⁾

- 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 : l'incapacité permanente prévue est _____ %
- décès, date du décès⁽²⁾ __ / __ / ____

43 Cessation de l'activité professionnelle – date⁽²⁾ __ / __ / ____ - __ h __ min.

44 Date de reprise effective du travail⁽²⁾

S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail _____ jours

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 prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :

Code ⁽⁶⁾ __ __

Code ⁽⁶⁾ __ __

Mutuelle – code ou nom

N° d'affiliation

Rue

N°

Boîte

Code postal

Commune

Déclarant de l'autorité
(nom et qualité)

Nom du conseiller en prévention

Date⁽²⁾ __ / __ / ____

Signature

Signature

(1) Facultatif

(2) Jour / mois / année

(3) Cocher ce qui convient

(4) Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

(5) Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

(6) Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998).

(7) Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.

(8) Voir liste reprise à l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.