



### Intermédiaire

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

## P&V Accident du travail

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 (à l'adresse [claims-NS@pv.be](mailto:claims-NS@pv.be)) (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 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.

### Contrat

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Entreprise d'assurance                                 | <b>P&amp;V Assurances</b>                              |            |
| N° police d'assurance                                  | Subdivision supplémentaire du numéro de police _ _ _ _ |            |
| Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) | _ _ _ _ _  |            |
| <b>Fiche d'accident</b>                                | 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"/> homme <input type="radio"/> femme | Nationalité |      |
| 11 Résidence principale  | Rue, numéro, boîte                                      |             |      |
|  | Code postal _ _ _ _                                     | Commune     | Pays |
| Adresse de correspondance<br>(à mentionner si elle diffère de la résidence principale) | Rue, numéro, boîte                                      |             |      |
|  | 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 ? <sup>(1)</sup>  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 ? <sup>(2)</sup>

- 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 <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 ?  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 <sup>(4)</sup>

## 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 <sup>(3)</sup> Code <sup>(3)</sup> \_ \_ \_

38 Localisation de la lésion <sup>(3)</sup> Code <sup>(3)</sup> \_ \_

## 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 <sup>(5)</sup>  
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 <sup>(5)</sup>  
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 ou partielle 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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Code <sup>(3)</sup> \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Code <sup>(3)</sup> \_\_\_\_
- 47 Codes risques propres à l'entreprise <sup>(6)</sup> \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## 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/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 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'employeurs ou indépendants 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 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