



Intermédiaire

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

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL - Secteur public

Déclaration de sinistre

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, ses ayants droit, le chef de la victime ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service désigné par l'employeur pour recevoir la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée du certificat médical de premiers constats s'il y a au moins un jour d'incapacité de travail. Ce certificat médical mentionne: les nom, prénom et adresse du médecin; les nom, prénom et adresse de la victime; la date de l'accident; la nature et le siège des lésions; les conséquences des lésions; la date du début de l'incapacité et sa durée probable en nombre de jours; le lieu où sont prodigués les soins; la date et le lieu de la rédaction du certificat médical; la signature et le cachet du médecin. **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'employeur	Tél.
2	Rue, n°, boîte	Pays
	Code postal	Commune
3	Activité principale de l'employeur	code NACE-BEL
4	Numéro d'entreprise : et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement :	
	Si l'employeur gestionnaire du dossier de l'accident ne correspond pas à l'employeur principal (qui a fait la déclaration DIMONA)	
	Dénomination de l'employeur principal :	
	Numéro d'entreprise de l'employeur principal :	

Victime

- 5 Nom _____ Prénoms _____
- 6 Date de naissance ⁽¹⁾ __ / __ / ____ Sexe M F
Rôle linguistique Néerlandais Français Allemand
- 7 Numéro du Registre national _____ Nationalité _____
- 8 Numéro de compte bancaire IBAN _____
Etablissement financier BIC _____
- 9 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 _____
- 10 Numéro de téléphone fixe _____ Adresse e-mail _____
Numéro de GSM _____

L'accident

- 11 Date de l'accident _____ date⁽¹⁾ __ / __ / ____ - Heure de l'accident __ 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 ?
 oui non
Si non, quelle occupation exerçait-elle ? _____
S'agit-il d'un accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime ?
 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).

L'accident (suite)

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 fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissement 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.).

.....

.....

15 Premiers soins donnés le ⁽¹⁾ __ / __ / ____ à __ h __ min par le médecin ou dans l'établissement hospitalier :

Nom

Rue, n°, boîte

Code postal ____ Commune

Pays

16 Procès-verbal portant le n°

dressé à

le⁽¹⁾ __ / __ / ____ par

17 Tiers responsable éventuel : Nom

Prénom

Rue, n°, boîte

Code postal ____ Commune

Pays

Nom de l'assureur du tiers responsable

N° de police d'assurance

18 Témoins éventuels :

Nom

Prénom

Rue, n°, boîte

Code postal ____ Commune

Pays

Nom :

Prénom

Rue, n°, boîte

Code postal ____ Commune

Pays

Personne déclarante

(Nom et prénom)

Date⁽¹⁾ __ / __ / ____

Signature

En cas d'accident grave, l'employeur avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues aux articles 1.6-1 à 1.6-6 du Code du bien-être au travail.

Nature de l'accident

- 19 Nature de l'accident
- accident du travail
- accident sur le chemin du travail
- accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions
exécées par la victime

L'employeur

- 20 Adresse de la division ou du service dont dépend la victime
- Rue, n°, boîte
- Code postal ____ Commune Pays
- 21 Service médical compétent
- l'Administration de l'expertise médicale (Medex)
- Autre: le cas échéant, précisez le nom du service médical :
ainsi que le numéro d'entreprise du service médical : ____
- 22 Nom de l'assureur éventuel de l'employeur : **P&V Assurances**
- Numéro d'entreprise de l'assureur : **0788.296.531**
- 23 Nombre d'ETP dans l'unité d'établissement au moment de l'accident :
- 24 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

- 25 Date d'entrée en service de la victime ⁽¹⁾ __ / __ / ____
- 26 Durée de l'emploi indéterminée déterminée
- 27 La date de sortie de service est-elle connue ? oui non Si oui, date de sortie de service ⁽¹⁾
- 28 Nature de l'emploi à temps plein à temps partiel
- 29 Catégorie professionnelle agent définitif contractuel stagiaire formation pour un travail rémunéré
 autre (à préciser, p.ex. mandataire, auxiliaire,...)
- 30 Fonction habituelle dans l'administration Code CITP
- 31 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
- 32 À quel type de poste de travail la victime se trouvait-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
- 33 Date de déclaration à l'employeur ⁽¹⁾ __ / __ / ____

La victime et l'accident (suite)

34 Horaire prévu de la victime le jour de l'accident :

de __ h __ min à __ h __ min et de __ h __ min à __ h __ min

35 Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :

Prévention

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

37 Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ?

Oui Non Si non, quelle activité exerçait-elle ?

S'agit-il d'un accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime ?

Oui Non

38 Type de travail Code ⁽⁵⁾ _____

39 Dernière déviation qui a conduit à l'accident Code ⁽³⁾ _____

40 Agent matériel de cette déviation Code ⁽³⁾ _____

41 Contact-modalité de la blessure Code ⁽⁵⁾ _____

42 Lésion - Nature ⁽³⁾⁽⁴⁾ Code ⁽³⁾ _____

Localisation ⁽³⁾⁽⁴⁾ Code ⁽³⁾ _____

43 Conséquences de l'accident ⁽³⁾⁽⁴⁾

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: le cas échéant, indiquez la date ⁽¹⁾ __ / __ / ____

44 Date et heure de l'arrêt de l'activité professionnelle ⁽¹⁾ __ / __ / ____ à __ h __ min

45 Date de reprise effective du travail ⁽¹⁾ __ / __ / ____

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

Prévention (suite)

46 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"/> autres | |

47 Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :

Code ⁽³⁾ __ __

Code ⁽³⁾ __ __

Code ⁽³⁾ __ __

Personne déclarante pour l'employeur

(Nom et prénom)

Qualité _____

Date ⁽¹⁾ __ / __ / ____

Signature

Conseiller/ère en prévention

(Nom et prénom)

Signature

(1) Jour / mois / année

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

(3) Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe II.1-4 du Code du bien-être au travail.

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

(5) Pour répondre à ces questions, consulter les annexes de l'arrêté ministériel fixant le modèle de déclaration d'accident du travail en matière d'accidents du travail dans le secteur public.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données par l'employeur gestionnaire du dossier de l'accident du travail, dont les coordonnées sont reprises dans la rubrique I. Ces données sont traitées dans le cadre de l'application de la législation relative aux accidents du travail. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants, dans le respect des principes applicables en matière de protection des données à caractère personnel, dont notamment le principe de minimisation des données : le service médical compétent, l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris), et le cas échéant à l'assureur de l'employeur et l'assureur du tiers responsable.