



Déclaration

Accident du travail

Accident sur le chemin du travail

Securex Accidents du Travail - Caisse commune

Siège social: Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent - Entreprise agréée par arrêté royal du 25.1.1905
pour pratiquer l'opération d'assurances suivante Accidents de travail (1b) (M.B. 5.2.1905) sous n° 519
RPM Gent - N° d'entreprise 0400.037.896 - IBAN BE45 4400 4017 9189 - BIC KREDBEBB - www.securex.be
T 09 280 41 70 - e-mail: insurance@securex.be

Victime (suite)

- 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 CTP :
- 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 ? ⁽²⁾ 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 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 min à h min et de h min à h min
- 25 Lieu de l'accident : dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3
 sur le lieu du télétravail
 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 trois dernières cases, indiquez l'adresse (*en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement le code postal et n° du chantier*)
- Rue : _____ Numéro : _____ Boîte : _____
- Code Postal : Commune : _____ Pays : _____
- Numéro 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.*)
- _____
- _____
- 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 ou de plusieurs personnes, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.*)
- _____
- _____
- _____

Accident (suite)

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, saisi, levage, roulage, port 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 trouvait-elle ? ⁽³⁾

- 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 déviants 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 ⁽⁴⁾ : _____ code ⁽⁴⁾ :

32 Agent matériel de cette déviation ⁽⁴⁾ : _____ code ⁽⁴⁾ :

33 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? oui non réponse inconnue

Si oui, le procès-verbal porte le numéro 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 : _____ Numéro de police : _____

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

Si oui, nom, rue, numéro, boîte, code postal, commune, pays

Sorte ⁽⁵⁾

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 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.*)

37 Nature de la lésion ⁽⁴⁾ : _____ Code ⁽⁴⁾ :

38 Localisation de la lésion ⁽⁴⁾ : _____ Code ⁽⁴⁾ :

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 _____ centièmes

54 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui concerne la victime : _____ heures _____ centièmes

55 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui concerne la personne de référence : _____ heures _____ 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) (poursuivez avec la question 60)

58 Montant de la rémunération :

Unité de temps : heure jour semaine mois trimestre année

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)

En cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée : _____

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 : _____, _____ Perte salariale pour les heures de travail perdues : _____, _____ €

63 Mutuelle Code : _____ ou nom : _____

Rue, n°, boîte : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Numéro d'affiliation : _____

Déclarant (nom et qualité) : _____

Conseiller en prévention (nom) : _____

Date : _____ - _____ - _____

Date : _____ - _____ - _____

Signature : _____

Signature : _____

(1) Numéro de registre national.

(2) Au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section 1ère "Travaux d'entreprises extérieures" du chapitre IV "Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures" de la loi du 4 août 1996.

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

(4) Voir Annexe IV du chapitre I, 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)

(5) Mentionnez "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect

(6) A compléter si la donnée est connue

(7) Champs facultatif