

Déclaration d'accident du travail ou sur le chemin du travail

Croix-Rouge de Belgique - Service Assurances assurances@croix-rouge.be Tél. : +32 (0)493 403 087	Document à remettre à votre responsable qui doit le faire parvenir dans les 2 jours ouvrables de l'accident au Service Assurances de la CRB (rue de Stalle)
<p>Ce document simplifié et interne à la Croix-Rouge de Belgique est indispensable à la rédaction de la déclaration conforme pour ETHIAS. Une déclaration complète permettra un traitement plus rapide et plus efficace de votre dossier !</p> <p>TOUTES les rubriques doivent obligatoirement être complétées de manière LISIBLE. Il est important d'être PRECIS et COMPLET !</p>	
EMPLOYEUR : Services Humanitaires	
VICTIME :	
NISS (numéro national) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (voir au dos de la carte d'identité)	
Nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) : Prénom :	
Mutuelle : Code ou nom : N° d'affiliation : Rue/n°/boîte : Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune :	
N° du compte financier : BE <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Profession habituelle exercée dans l'entreprise : Lieu de travail normal : Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune : Section, service ou département où la victime exerce habituellement sa profession :	

ACCIDENT :			
<p>Jour de l'accident : date <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> heure <input type="text"/> <input type="text"/> min. <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
<p>Date de notification à l'employeur : <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> heure <input type="text"/> <input type="text"/> min. <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
<p>Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail</p>			
<p>Horaire de la victime le jour de l'accident : de <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> à <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> (ex. 8h00 à 12h00 et 13h00 à 17h00) et de <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> à <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
<p>Lieu de l'accident (adresse) : rue n°..... Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune :</p>			
<p>(26) Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (ex : poste d'ambulances, centre pour demandeurs d'asile, poste fixe de prélèvements, collecte mobile, laboratoire, bureau, magasin, nettoyage de locaux, aire de maintenance, hôpital, parking, route/autoroute, etc.) ? </p>			

(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 (ex : transport d'un blessé ou d'un malade, prélèvement d'un donneur de sang, installation ou rangement d'une collecte, analyse de sang, travail de bureau, manutention de marchandises, conduite d'un véhicule, formation, etc.) :

(28) Précisez l'**activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (ex : conditionnement ou port d'un blessé ou d'un malade, activité d'animation, tri ou entretien ou élimination de matériel d'intervention, ponction d'un donneur de sang, prise d'échantillons pour analyse, saisie/levage/portage/de matériel, conduite d'un véhicule, etc.).
Précisez les objets impliqués (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, instruments, substances, etc.) :

(30) Quels **événements** déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (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 survenue (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :

(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 :
N° de police :

(35) Y a-t-il eu des témoins ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

Si oui, nom + prénom + adresse:

Témoin 1 :

Témoin 2 :

LESION :

(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) blessures(s) (ex : écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, piqûre avec aiguille usagée, contact avec le sang, contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, etc.) ET les objets impliqués (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :

(37) Nature de la lésion :

(38) Sièges de la lésion :

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. ☐☐ N° INAMI du médecin externe : ☐☐☐☐☐☐.☐☐☐☐☐☐

Nom et prénom du médecin externe :

Rue/n°/boîte : Code postal : ☐☐☐☐ Commune :

41 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

Si oui, date ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ heure ☐☐ min. ☐☐

Dénomination de l'hôpital :

Rue/n°/boîte : Code postal : ☐☐☐☐ Commune :

Numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI :

CONSEQUENCES :

- 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. ☐☐

Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PREVENTION :

45 De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?

☐ aucun ☐ casque ☐ gants ☐ lunettes de sécurité ☐ masque ☐ veste de protection

☐ tenue de signalisation ☐ chaussures de sécurité ☐ ceinture de sécurité ☐ autre (à préciser) :

Déclarant (peut être la victime)

Nom :

Prénom :

Date ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Signature :

Le chef de service/directeur signe également la déclaration.

Date ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Signature :

ACCIDENT DU TRAVAIL : Précisions circonstances

- **Comment l'accident s'est-il produit (que faisiez-vous) ? Comment cela s'est-il passé ?**
- **Comment expliquez-vous le délai endéans lequel vous avez déclaré les faits à votre employeur ?**
- **Comment expliquez-vous le délai écoulé entre les faits et les premiers soins ?**
- **Coordonnées complètes (nom - adresse - n° tél - mail) des témoins présents au moment des faits ?**

Nom – Prénom + signature éventuelle

ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL : Annexe obligatoire

- **Quel était le lieu de départ (adresse complète) ?**
- **Où l'accident a-t-il eu lieu (adresse complète) ?**
- **Comment se sont déroulés les faits (descriptif de l'accident) ?**
- **Quelle était votre destination (adresse complète) ?**
- **À quelle heure vous avez quitté le lieu de départ ?**

Code postal et localité :

IMPORTANT : Ce document doit accompagner chaque déclaration d'accident mais ne la remplace pas !

Le suivi de ce dossier sera directement traité par notre compagnie d'assurances Ethias.
La personne de contact désignée ci-dessus sera informée du numéro de référence chez Ethias ainsi que de la suite réservée à ce dossier.

Certificat médical pour l'assureur

Exemplaire destiné à Ethias

Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. (04) 220 31 11 - Fax (04) 249 65 50

CERTIFICAT MEDICAL

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
 (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
 (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.
 (4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.
 (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
 (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.

Le soussigné (1)
 ayant examiné (2)

 après l'accident qui lui est survenu le
 déclare :
 1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)

 2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4)

 3° Que l'incapacité a commencé (commencera) le (5)

 4° Que le blessé est soigné (6)

Fait à, le, à h.....
 Signature

Déclarations complémentaires	
1. Estimez-vous que la lésion constatée a pour cause l'accident relaté à la demande de soins ?
2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? b) Incapacité probable de travail : Incapacité totale probable Incapacité partielle probable jours, soit du au jours, soit du au à % jours, soit du au à %
3. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le à heures
4. Doit-on craindre une issue fatale ?
5. Doit-on craindre une invalidité permanente ?
6. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ? Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été effectuée ? Par quel radiologue ? Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?
7. Le blessé peut-il ou ne peut-il pas se déplacer ?

Association d'assurances mutuelles, agréée sous le n° 0660, pour pratiquer l'assurance contre les accidents du travail (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 Juillet 1979)

Annexe Accident du travail : témoignage

Je soussigné(e)..... né(e) le

à

Domicilié(e)

Atteste avoir été témoin des faits dont M. /Mme/Mlle

Prétend avoir été victime le

Profession :

Lien de parenté/alliance avec la victime : NON - OUI. Si oui, lequel ?
.....

Lien de subordination avec la victime : NON - OUI. Si oui, lequel ?
.....

Lien de collaboration avec la victime : NON - OUI. Si oui, lequel ?
.....

Les circonstances de l'accident sont les suivantes (description complète) :
.....
.....

Fait à,

le Signature,