

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.)

41 Nature de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾: ____
42 Localisation de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾: ____

SOINS

43 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non
Si oui, date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
Qualité du dispensateur :
Description des soins dispensés :

44 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 ⁽³⁾: ____-____-____
nom et prénom du médecin externe :
rue/n°/boite :
code postal : commune :

45 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 ⁽³⁾:
dénomination de l'hôpital ⁽³⁾:
rue/n°/boite :
code postal : commune :

CONSÉQUENCES

46 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 : ____-____-____

47 Cessation de l'activité professionnelle – date : ____-____-____ heure : ____ min : ____

48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PRÉVENTION

49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? oui non
Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime :

50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
Code ⁽¹⁾: ____
Code ⁽¹⁾: ____

51 Codes risques propres à l'entreprise :

52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident :
Ouvriers : Employés :

53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident :
par les ouvriers : jours de travail par les employés : jours de travail

54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : dans la profession habituelle :
dans l'entreprise : dans le siège d'exploitation :

INDEMNISATION

55 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non

Si non, donnez-en le motif :

56 Code du travailleur de l'assurance sociale : ____
S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : ouvrier employé employé de maison
 apprenti sous contrat autre (à préciser) :

57 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 69) non

58 Commission paritaire – dénomination : numéro : ____

59 Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel

60 Nombre de jours par semaine du régime de travail : ____ jours et ____ centièmes

61 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : ____ heures et ____ centièmes

62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence: ____ heures et ____ centièmes

63 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? : oui non

64 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 65)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 67)
 à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez avec la question 67)

65 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) € _____, ____

66 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 : ____

67 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € _____, ____ (exprimés sur base annuelle)
Nature des avantages :

68 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 : ____-____-____

69 Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : ____, ____
Perte salariale pour les heures de travail perdues : € _____, ____

Déclarant (nom et qualité)

Nom du conseiller en prévention :

Date : ____-____-____

Date : ____-____-____

Signature :

Signature :

⁽¹⁾: 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)

⁽²⁾: noter "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect

⁽³⁾: à mentionner si la donnée est connue