



GENERALI

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

GENERALI BELGIUM SA - Tour Louise, Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles
 Tél. 02/ 403 87 46 - Téléfax 02/ 403 88 99
 Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145
 N° entreprise 0403.262.553 - RPM Bruxelles

Assureur
 Numéro de police d'assurance
 Subdivision supplémentaire du numéro de police
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance)
 Fiche d'accident : année n°
 Numéro d'accident chez l'assureur
 Numéro DRS

Envoyez ce formulaire dans les 8 jours qui suivent l'accident à l'assureur avec, à l'appui, l'attestation médicale de premiers soins (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** à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

EMPLOYEUR	
1	Numéro d'entreprise <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Numéro ONSS <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"/>
2	Nom et prénom ou raison commerciale
3	Rue/numéro/boîte
	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune
4	Activité de l'entreprise
5	Numéro de téléphone de la personne de contact <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"/>
6	Numéro de compte bancaire (*) : IBAN <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"/>
	Etablissement financier : BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) <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"/>
8	Nom Prénom
9	Lieu de naissance Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité
11	Résidence principale
	Rue/numéro/boîte
	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune Pays
	Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale)
	Rue/numéro/boîte
	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune Pays
	Numéro de téléphone <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"/>
12	Langue de correspondance avec la victime <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
13	Parenté avec l'employeur <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire (*) : IBAN <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"/>
	Etablissement financier : BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15	Numéro Dimona de l'emploi <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"/>
16	Date d'entrée en service <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17	Durée du contrat de travail <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée
	La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, date de sortie de service <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18	Profession habituelle dans l'entreprise Code CIP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise :
	<input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> 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 ⁽¹⁾ ? oui non
 Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur
 Nom
 Adresse

ACCIDENT

21 Jour de l'accident date - - 2 0 heure min.

22 Date de notification à l'employeur - - 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 postale 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 personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage).

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 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

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 survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

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

32 Agent matériel de cette déviation ⁽³⁾ Code ⁽³⁾

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 ⁽⁴⁾

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) 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 ⁽³⁾ Code ⁽³⁾

38 Localisation de la lésion ⁽³⁾ Code ⁽³⁾

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 ⁽⁵⁾ - -
 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 ⁽⁵⁾ - -
 Dénomination de l'hôpital

Rue/numéro/boîte

Code postal Commune

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.

44 Date de reprise effective du travail - - S'il n'y a pas encore eu reprise, 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 ? <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> casque <input type="checkbox"/> gants <input type="checkbox"/> lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> écran facial <input type="checkbox"/> veste de protection <input type="checkbox"/> tenue de signalisation <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec apport d'air frais <input type="checkbox"/> masque respiratoire à filtre <input type="checkbox"/> masque antiseptique <input type="checkbox"/> protection contre les chutes <input type="checkbox"/> autre
46	Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident Code ⁽³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code ⁽³⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
47	Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ <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"/>

INDEMNISATION	
48	La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, donnez-en le motif
49	Code du travailleur de l'assurance sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employé de maison <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> stagiaire non rémunéré <input type="checkbox"/> autre (à préciser)
50	S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? <input type="checkbox"/> oui (passez à la question 62) <input type="checkbox"/> non
51	Commission (sous-)paritaire - Dénomination Numéro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
52	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel
53	Nombre de jours par semaine du régime de travail <input type="text"/> jours et <input type="text"/> centièmes
54	Nombre moyen d'heures par semaine concernant la victime <input type="text"/> heures et <input type="text"/> centièmes
55	Nombre moyen d'heures par semaine concernant la personne de référence <input type="text"/> heures et <input type="text"/> centièmes
56	La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
57	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> rémunération fixe (passez à la question 58) <input type="checkbox"/> à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60) <input type="checkbox"/> à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 60)
58	Montant de base de la rémunération <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"/> - unité de temps <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> trimestre <input type="checkbox"/> année - en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 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) <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"/> <input type="text"/>
59	Prime de fin d'année ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, montant <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> % de la rémunération annuelle <input type="checkbox"/> montant forfaitaire de <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"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> rémunération d'un nombre d'heures - Nombre d'heures <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
60	Autres avantages non visés dans une autre rubrique : <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"/> <input type="text"/> (exprimés sur base annuelle) Nature des avantages
61	La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date du dernier changement de fonction <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
62	Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> Perte salariale pour les heures de travail perdues : <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"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
63	Mutuelle - Code ou nom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rue/numéro/boîte Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune Numéro d'affiliation

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 1^{re} «Travaux d'entreprises 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 IV du chapitre I^{er}, 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)

(4) mentionnez «D» pour un témoin direct et «I» pour un témoin indirect

(5) à compléter si la donnée est connue

(6) champ facultatif

(*) Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions

La loi relative aux traitements des données à caractère personnel du 8 décembre 1992 est d'application sur le traitement des données collectées par la présente. Ces données à caractère personnel sont traitées par et sous la responsabilité de Generali Belgium SA, Avenue Louise, 149 à 1050 Bruxelles pour les finalités suivantes : assurances accidents de travail et gestion de la clientèle. Cette loi prévoit le droit d'accès et de correction auprès de Generali Belgium SA, Cellule Vie Privée, de même que la possibilité de consulter le registre public de traitements automatisés de données à caractère personnel tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée. Certaines données peuvent être transmises au service «fichiers» de Datassur, 29 square de Meeûs, 1000 Bruxelles.



Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.