



# 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"/> 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"/>
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"/>
6	Numéro de compte bancaire (*) : IBAN <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"/>
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"/>
	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"/>
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 <sup>(1)</sup> ?  oui  non  
 Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur          
 Nom .....  
 Adresse .....

### ACCIDENT

21 Jour de l'accident date   -   - **20**   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 ? <sup>(2)</sup>  
 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 <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup>

32 Agent matériel de cette déviation <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup>

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 <sup>(4)</sup> .....

### 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 <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup>

38 Localisation de la lésion <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup>

### 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 <sup>(5)</sup>         -   -      
 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 <sup>(5)</sup>         -   -      
 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

