

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL DANS LE SECTEUR PUBLIC

Entreprise d'assurances: SA AXA Belgium  
Place du Trône 1 - 1000 Bruxelles (Belgique)  
Tél. 02-678.61.11 Fax 02-678.81.48  
N° police d'assurance 010720214480  
[Boîte mail: CWC@axa.be](mailto:CWC@axa.be)

Chaque accident doit être déclaré. La déclaration peut émaner de la victime, de son ayant droit, de son supérieur hiérarchique ou de toute autre personne intéressée. Ce formulaire, correctement complété, doit être envoyé le plus rapidement possible au service compétent de votre administration. La déclaration doit être accompagnée du modèle B (certificat médical) dès que l'incapacité est supérieure à un jour.

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

## I. DONNEES CONCERNANT L'EMPLOYEUR

1	Nom de l'administration, du service ou de l'établissement : <u>VILLE DE JODOIGNE</u> Tél.: <u>010 81 99 64</u> fax.: <u>010 81 99 69</u> Email: _____
2	Rue / n° / bte: _____ Code postal: _____ Commune: _____
3	Nature de l'administration: _____ Code NACE Bel: _____
4	Numéro d'entreprise: _____ et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement : _____

## II. DONNEES CONCERNANT LA VICTIME

5	Nom et prénoms: _____ Nom du conjoint <sup>(1)</sup> : _____
6	Date de naissance <sup>(2)</sup> : _____ Sexe <sup>(3)</sup> : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Rôle linguistique: _____
7	N° registre national: _____ Nationalité: _____
8	N° de dossier auprès du service médical compétent _____
9	Numéro du compte bancaire: IBAN _____ Établissement financier: BIC _____
10	Résidence principale: Rue / n° / bte: _____ Code postal: _____ Commune: _____

## III. DONNEES CONCERNANT L'ACCIDENT

11	Jour de l'accident: _____ Date <sup>(2)</sup> : _____ heure _____ minutes
12	Lieu de l'accident: <input type="checkbox"/> dans l'administration, le service ou l'implantation à l'adresse mentionnée dans le champ 2 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, s'agissait-il d'un accident de la circulation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> à un autre endroit

Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier temporaire ou mobile, le code postal et le numéro de chantier suffisent)

Rue / n°: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Numéro de chantier: \_\_\_\_\_

13 Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa fonction habituelle? <sup>(3)</sup>

Oui  Non

Si non, quelle fonction exerçait-elle? <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident prévu à l'art. 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 (accident survenu en dehors du service, mais causé par un tiers en raison de la fonction exercée par la victime) ?  Ja  Neen

14 a) Dans quel environnement (**type d'endroit**) se trouvait la victime lorsque l'accident s'est produit? (par exemple: zone de maintenance, lieu destiné à l'élevage, bureau, école, grande surface, hôpital, parking, hall des sports, sur le toit d'un hôtel, habitation particulière; égout, jardin; autoroute, à bord d'un bateau amarré, sous l'eau; etc.) ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Précisez l'**activité générale (type de travail)** qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit: (par exemple: traitement de produits, stockage, travaux dans l'agriculture ou la sylviculture, travail avec des animaux vivants, soins, assistance à une/des personne(s), formation, travail administratif, achat, vente, etc. OU les activités secondaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le détachage, l'entretien ou le nettoyage.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Précisez l'**activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (par exemple: remplissage de la machine, utilisation d'outils à main, conduite d'un moyen de transport, saisir, soulever ou faire rouler un objet, porter une charge, fermer une boîte, grimper sur une échelle, s'asseoir etc.) **ET l'objet concerné par cette activité** (exemple: outils, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Quels **événements déviant** par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (par exemple: panne électrique, explosion, incendie, débordement, renversement, fuite, formation de gaz, éclatement, chute ou effondrement d'objets, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'équipement de manutention ou d'un objet, une personne qui glisse ou qui chute, action inappropriée, faux mouvement, surprise, frayeur, violences, être attaqué, etc.). Mentionnez tous les faits **ET** que les **objets impliqués** (par exemple: outils, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Comment la victime s'est-elle blessée (lésion physique ou psychique)? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents **contacts** qui ont provoqué la (les) blessure(s) ( par exemple: contact avec le courant électrique, une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enfermement (gaz, liquide, matière fixe); écrasement contre un objet ou coup dû à un objet, choc, contact avec un objet coupant ou pointu, être coincé ou écrasé dans, en dessous ou entre quelque chose, problèmes avec l'appareil locomoteur, choc psychique, blessure occasionnée par un animal ou une personne, etc.) **ET** les **objets impliqués** (par exemple: outils, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15 Premiers soins donnés le <sup>(2)</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ heures par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:  
Nom: \_\_\_\_\_

Rue / n° / bte: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

16 Procès verbal dressé à \_\_\_\_\_ le <sup>(2)</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

17 Nom et adresse du responsable éventuel: \_\_\_\_\_

	et de son assureur: _____		N° Police _____	
18	Témoins: Nom	Rue / n° / bus	Code postal	Localité
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Déclarant (nom et qualité): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
Date <sup>(2)</sup>: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fiche d'accident: année \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

En cas d'accident grave, l'administration avertit l'inspecteur en matière de sécurité au travail du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale (ETCS) tel que le prescrit l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique en matière de bien-être des travailleurs dans l'exécution de leur travail. (M.B. 31 mars 1998).

19	<b>Nature de l'accident</b> <sup>3)</sup> : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> accident survenu en dehors du service, mais causé par un tiers suite à l'exercice de la fonction par la victime (art. 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)
----	---

#### IV. DONNEES CONCERNANT L' EMPLOYEUR

20	Adresse du département ou du service dont dépend la victime: Rue / n° / bte: _____ Code postal: _____ Commune: _____
21	Service extérieur responsable de la surveillance médicale - Nom: _____ Rue / n° / bte: _____ Code postal: _____ Commune: _____
22	Nombre total de membres du personnel travaillant dans le département, l'institution, la commune, le CPAS, l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident : _____
23	Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident: _____

#### V. DONNEES CONCERNANT LA VICTIME ET L'ACCIDENT

24	Date d'entrée en service de la victime <sup>(2)</sup> : _____
25	Durée de l'emploi: <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée
26	La date de sortie de service est-elle connue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de sortie de service <sup>(2)</sup> ____ / ____ / ____
27	Nature de l'emploi: <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel

28	Catégorie professionnelle <sup>(3)</sup> : <input type="checkbox"/> agent définitif <input type="checkbox"/> contractuel <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> autre (laquelle?) _____
29	Fonction habituelle dans l'administration _____ Code CITP: _____
30	Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> un mois à un an <input type="checkbox"/> une semaine à un mois <input type="checkbox"/> plus d'un an
31	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre lieu de travail
32	Date de notification à l'employeur <sup>(2)</sup> : ____ / ____ / _____
33	Heures à prester par la victime le jour de l'accident: de _____ heures et de _____ u. van _____ heures à _____ heures
34	Remarques concernant les circonstances et les causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime): _____ _____ _____ _____

## VI. DONNEES CONCERNANT LA PREVENTION

35	Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction: _____
36	Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa fonction habituelle? <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, quelle fonction exerçait-elle? _____ S'agit-il d'un accident cité à l'art. 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
37	Type de travail: _____ Code <sup>(7)</sup> :  __ __
38	Dernière déviation qui a conduit à l'accident _____ Code <sup>(7)</sup> :  __ __
39	Agent matériel de cette déviation: _____ Code <sup>(5)</sup> :  __ __ __ __
40	Contact – Modalité de la blessure: _____ Code <sup>(7)</sup> :  __ __
41	Lésion - Nature <sup>(6)(5)</sup> : _____ Code <sup>(5)</sup> :  __ __  Localisation <sup>(6)(5)</sup> : _____ Code <sup>(5)</sup> :  __ __
42	Conséquences de l'accident <sup>(6)(5)</sup> : <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir <input type="checkbox"/> incapacité de travail temporaire <input type="checkbox"/> incapacité permanente de travail à prévoir : l'incapacité permanente prévue est : _____ % <input type="checkbox"/> décès, date du décès <sup>(2)</sup> : ____ / ____ / _____
43	Cessation de l'activité professionnelle – date <sup>(2)</sup> : ____ / ____ / _____ ____ uur ____ minuten
44	Date de la reprise effective du travail <sup>(2)</sup> : ____ / ____ / ____ S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : _____ Jours

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> aucun                | <input type="checkbox"/> veste de protection          | <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec filtre             |
| <input type="checkbox"/> casque               | <input type="checkbox"/> vêtements de signalisation   | <input type="checkbox"/> masque pour la bouche                       |
| <input type="checkbox"/> gants                | <input type="checkbox"/> protection auditive          | <input type="checkbox"/> masque respiratoire avec apport d'air frais |
| <input type="checkbox"/> lunettes de sécurité | <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité       | <input type="checkbox"/> autre _____                                 |
| <input type="checkbox"/> écran facial         | <input type="checkbox"/> protection contre les chutes |  |

46 Mesures prises ou à prendre pour éviter de semblables accidents:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code <sup>(5)</sup> : |\_\_|\_\_|  
Code <sup>(5)</sup> : |\_\_|\_\_|  
Code <sup>(5)</sup> : |\_\_|\_\_|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité) \_\_\_\_\_ Nom du conseiller en prévention: \_\_\_\_\_

Date <sup>(2)</sup> : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature:

Signature:

- (1) = Facultatif
- (2) = Jour / mois / années
- (3) = Cocher la case qui convient
- (4) = à 12 positions.
- (5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.
- (6) = Vous trouverez ces informations dans les tableaux de l'annexe IV de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux Services Internes pour la Prévention et la Protection au Travail (M.B. 31 mars 1998).
- (7) = Vous trouverez ces informations sur le certificat médical voir liste reprise dans l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments à transmettre au Fonds des Accidents du Travail