

# Déclaration d'Accident Collective Droit Commun

Police n°. (1)  
N° Accident.

**Fiche** année

Assureur                                  Nom                                  Adresse:  
Nature de l'accident                   risque professionnel                   vie privée

<b>EMPLOYEUR</b>	1. Nom/Prénoms:		Succursale:
	2. Rue:	numéro:	boîte:
	N°code postal:		Commune:
	3. Objet de l'entreprise:		N° code (1)(2):
	Téléphone n°:	/	Téléfax: /
	4. Division, chantier ou classe et caractéristiques du navire où l'accident survenu:		
	N° code postal:		Code localisation:
5. N° Organisme financier:			
6. Service médical: Dénomination ou Nom/prénoms:		N° d'affiliation:	
	(Ou médecin du travail)		
	Rue/numéro/boîte	N° Code postal	Commune
dc. L'employeur possède-t-il d'autres contrats?		Si oui, n° contrat	Branche                  Assureur

<b>VICTIME</b>	12. Nom/prénoms (femme mariée: nom de jeune fille et de l'époux):			
	13. Rue/numéro/boîte:	N°Code postal	Commune	
	14. Lieu de naissance:	Date de naissance:	Sexe	Nationalité
	N° Organisme financier:	-	-	
	15. Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (veuve)			Langue
	16. N° d'inscription au registre du personnel		Date d'entrée	A                  M
	18. Catégorie professionnelle: <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> domestique <input type="checkbox"/> marin			
	<input type="checkbox"/> Autre catégorie			
	19. Atelier, chantier, section, département où la victime exerce habituellement sa fonction :			
		N°Code postal:		Code tarif (1)(2):
	20. Profession habituelle dans l'entreprise:			Code B.I.T. (2)
	22. Mutuelle de la victime: Nom			
Rue/Numéro/boîte:				
N° Code postal:		Commune:		
N° d'affiliation:				
dc. Affiliation aux petits risques? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
La victime possède-t-elle d'autres contrats?		Si oui: n° contrat	Branche                  Assureur	

<b>ACCIDENT</b>	23. Jour de l'accident:	Date:	heure	min. :
	24. Jour, date et heure de la déclaration à l'employeur :			à                  heures
	25. Heures normales de travail de la victime le jour de l'accident: avant-midi de			à
			après-midi de	à                  heures
	26. Lieu de l'accident:			N° Code postal:
	27. Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa profession habituelle?			
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Si non, laquelle			
	28. Agent matériel (3)			N° code
	29. Forme d'accident (3)			N° code
	30. Procès-verbal dressé à		le	par
	31. Nom et adresse du responsable éventuel			
32. et de son assureur + numéro de la police				

Noms et adresses des témoins

Nom Rue/numéro/boîte N° Code Postal Commune

LESIONS

33. Premiers soins donnés par \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures
34. Médecin traitant: Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_
36. Etablissement hospitalier: Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_
37. Lésion<sup>(3)</sup> N° Code \_\_\_\_\_ Siège <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ N° Code \_\_\_\_\_
38. Conséquence de l'accident
39.  décès
40.  la victime n'a pas interrompu le travail
41.  la victime a interrompu le travail le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures pour une durée probable de \_\_\_\_\_ jours <sup>(5)</sup><sup>(2)</sup>
42.  un certificat médical est joint à la déclaration
43.  le certificat médical sera envoyé le / /
44. Pourcentage d'incapacité permanente prévue <sup>(2)</sup><sup>(3)</sup><sup>(5)</sup> %

PREVENTION

45. Description détaillée des circonstances et des causes matérielles de l'accident:
46. – Où la victime était-elle mise au travail?
47. – Quelle était son occupation?
48. – Comment l'accident s'est-il produit?
49. – Quelles en sont les causes matérielles?
50. Mesures de préventions prises ou à prendre pour éviter semblables accidents <sup>(3)</sup>:  
N° Code \_\_\_\_\_  
N° Code \_\_\_\_\_

51. Date: / /
52. Déclarant (avec sa qualité, s'il n'est pas l'employeur) :
53. Signature(s)

REMUNERATION

58. La victime travaille à temps plein  à temps partiel
59. Salaire brut: par heure EUR par jour EUR par mois EUR par an EUR
63. La victime bénéficie  ne bénéficie pas  de primes  
Préciser la nature, le montant et la périodicité,

(1) Pour répondre à ces questions, consulter votre contrat d'assurance.

(2) A mentionner par l'employeur s'il dispose de cette information

(3) Pour répondre à ces questions consulter l'article 835 quater du Règlement général pour la protection du travail

(4) A mentionner éventuellement

(5) Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

# Certificat Médical – No Police :

---

Indiquer

- *Nom, prénom, qualité du médecin traitant*

Je soussigné.....  
.....  
.....  
ayant examiné le .....  
le (la) nommé(e) .....  
après l'accident qui lui est survenu le .....  
déclare:

- *le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fracture du bras, contusion à la tête, au doigts,...)*

1. que l'accident a produit les lésions suivantes:  
.....  
.....  
.....

- *les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle avec sa durée présumée.*

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :  
.....  
.....  
.....

En cas d'incapacité temporaire:

- la victime est-elle complètement empêchée de faire un travail personnel et d'exercer une surveillance ou direction quelconque?
- est-elle obligée de garder le lit ou la chambre?
- peut-elle vaquer partiellement à sa profession ou à ses occupations?

- *la maladie ou indisposition dont elle souffrait*

- *le type d'invalidité et la mesure dans laquelle elle a aggravé les conséquences*

3. que la victime était lors de l'accident:  
 en bonne santé et entièrement apte à exercer sa profession sinon:  
.....  
 atteinte d'invalidité  
.....

- *le lieu où la victime est soignée*

4. que le blessé est soigné:  
.....

Fait à .....le .....

Le médecin,  
(Signature)