

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⁽³⁾ N° Code _____ Siège ⁽³⁾ _____ 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 ⁽⁵⁾⁽²⁾
42. un certificat médical est joint à la déclaration
43. le certificat médical sera envoyé le / /
44. Pourcentage d'incapacité permanente prévue ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁵⁾ %

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 ⁽³⁾:
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*

3. que la victime était lors de l'accident:

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

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 àle

Le médecin,

(Signature)