

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 13 april 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 1999 tot vaststelling van de elementen van de ongevalsangifte over te dragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen.

ALBERT

Van Koningswege :  
De Minister van Werk,  
Mevr. J. MILQUET  
De Minister van Ambtenarenzaken,  
Mevr. I. VERVOTTE

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 13 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des Accidents du Travail.

ALBERT

Par le Roi :  
La Ministre de l'Emploi,  
Mme J. MILQUET  
La Ministre de la Fonction publique,  
Mme I. VERVOTTE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
PERSONEEL EN ORGANISATIE

N. 2008 — 1373

[C — 2008/02049]

13 APRIL 2008. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector

De Minister van Werk,  
De Minister van Ambtenarenzaken,

Gelet op de wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector, inzonderheid op artikel 20 sexies, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 22 maart 1999 en gewijzigd bij de wet van 17 mei 2007;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 januari 1969 betreffende de schadevergoeding ten gunste van de personeelsleden van de overheidssector, voor arbeidsongevallen en voor ongevallen op de weg naar en van het werk, inzonderheid op artikel 7, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 21 november 1991 en 20 september 1998;

Gelet op het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 22 april 1999, 6 december 2005 en 1 september 2006;

Gelet op het protocol nr 161/4 van 18 maart 2008 van het Gemeenschappelijk Comité voor alle overheidsdiensten;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat, op 1 januari 2008, de wijzigingen aan de arbeidsongevallensteekkaart opgenomen in werking zijn getreden en een weerslag hebben, voor de ongevallen die zich vanaf deze datum hebben voorgedaan, op het model voor aangifte van arbeidsongeval in de overheidssector,

Besluit :

**Artikel 1.** Het model A gevoegd bij het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector, vervangen bij het ministerieel besluit van 1 september 2006, wordt vervangen door het model A gevoegd bij dit besluit.

**Art. 2.** Dit besluit is van toepassing op de aangiften van arbeidsongevallen die zich hebben voorgedaan vanaf 1 januari 2008.

Brussel 13 april 2008.

De Minister van Werk,  
Mevr. J. MILQUET  
De Minister van Ambtenarenzaken,  
Mevr. I. VERVOTTE

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
PERSONNEL ET ORGANISATION

F. 2008 — 1373

[C — 2008/02049]

13 AVRIL 2008. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public

La Ministre de l'Emploi,  
La Ministre de la Fonction publique,

Vu la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, notamment l'article 20 sexies, inséré par la loi du 22 mars 1999 et modifié par la loi du 17 mai 2007;

Vu l'arrêté royal du 24 janvier 1969 relatif à la réparation, en faveur des membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail, notamment l'article 7, modifié par les arrêtés royaux des 21 novembre 1991 et 20 septembre 1998;

Vu l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat en matière d'accidents du travail dans le secteur public, modifiés par les arrêtés ministériels du 22 avril 1999, 6 décembre 2005 et 1<sup>er</sup> septembre 2006;

Vu le protocole n° 161/4 du 18 mars 2008 du Comité commun à l'ensemble des services publics;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2008, les modifications apportées à la fiche d'accident de travail sont entrées en vigueur et se répercutent, pour les accidents survenus à partir de cette date, sur le modèle de la déclaration d'accident de travail dans le secteur public,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le modèle A annexé à l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public, remplacé par l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> septembre 2006, est remplacé par le modèle A annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** Le présent arrêté est applicable aux déclarations d'accidents du travail survenus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Bruxelles, le 13 avril 2008.

La Ministre de l'Emploi,  
Mme J. MILQUET  
La Ministre de la Fonction publique,  
Mme I. VERVOTTE

Bijlage bij het ministerieel besluit van 13 april 2008 tot wijziging van het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector.

### MODEL A - AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Elk ongeval moet worden aangegeven. De aangifte mag uitgaan van het slachtoffer, zijn rechtverkrijgende, zijn hiërarchische meerdere of iedere andere belanghebbende persoon. Dit formulier, goed ingevuld, moet zo spoedig mogelijk naar de bevoegde dienst van uw administratie worden gestuurd. De aangifte moet vergezeld zijn van het model B (medisch attest) zodra er meer dan één dag ongeschiktheid is.

**De rubrieken II en III worden door de aangever ingevuld. De rubrieken I, IV, V en VI worden door de werkgever ingevuld.**

I. Gegevens over de WERKGEVER	
1. Naam van de administratie, dienst of inrichting: .....	Tel.: ...../...../..... Fax: ...../.....
2. Straat / nr. / bus: .....	Postcode:  .. .. ..  Gemeente: .....
3. Aard van de administratie: .....	NACE BEL-code:  .. .. .. .. ..
4. Ondernemingsnummer:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..  en desgevallend, vestigingseenheidnummer:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..	

II. Gegevens over het SLACHTOFFER	
5. Naam en voornamen: .....	
Naam van de echtgenoot (1): .....	
6. Geboortedatum(2): ...../...../.....	Geslacht (3): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Taalrol: .....	
7. Rijksregisternummer:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..	Nationaliteit: .....
8. Dossiernummer bij de bevoegde medische dienst: .....	
9. Bankrekeningnummer (4): IBAN _____	
Financiële instelling: BIC _____	
10. Hoofdverblijfplaats: Straat / nr. / bus: .....	
Postcode:  .. .. ..  Gemeente: .....	

III. Gegevens over het ONGEVAL	
11. Dag van het ongeval: .....	Datum (2): ...../...../.....
..... uur ..... minuten	
12. Plaats van het ongeval:	
<input type="checkbox"/> in de administratie, dienst of inrichting op het adres vermeld in veld 2	
<input type="checkbox"/> op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
<input type="checkbox"/> op een andere plaats	
Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeldt het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kan u het beperken tot de postcode en het werfnummer)	
Straat, nummer: .....	
Postcode:  .. .. ..  Gemeente: .....	
Land: .....	
Werfnummer: _____	
13. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? : .....	
Gaaf het om een ongeval bedoeld in art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967 (ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt)? (3) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
14. a) In welke <u>omgeving</u> ( <b>soort plaats</b> ) bevond het slachtoffer zich toen het ongeval zich voordeed? (bijvoorbeeld: <i>onderhoudsruimte; locatie voor veeteelt; kantoor; school; warenhuis; ziekenhuis; parkeerplaats; sporthal; op het dak van een hotel; particuliere woning; riool; tuin; autoweg; aan boord van een aangemeerd schip; onder water; enz.</i> )?	
.....	
.....	
b) Bepaal de <u>algemene activiteit</u> ( <b>soort werk</b> ) of de taak (in de ruime zin) die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed: (bijvoorbeeld: <i>verwerking van producten, opslag, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand aan een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, enz. OF de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie of schoonmaken</i> ).	
.....	
.....	
c) Bepaal de <u>specifieke activiteit</u> die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: <i>vullen van de machine, werken met handgereedschap, besturen van een transportmiddel, grijpen, optillen, een voorwerp rollen, een last dragen, een doos sluiten, een ladder opgaan, lopen, gaan zitten, enz.</i> ) EN het daarbij <u>betrokken voorwerp</u> (bijvoorbeeld: <i>gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.</i> ).	
.....	
.....	

d) Welke **gebeurtenissen** die **afwijken** van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bijvoorbeeld: *elektrische storing; explosie; vuur; overlopen, kantelen, lekken, gasvorming, barsten, vallen of instorten van voorwerp; abnormaal starten of functioneren van een machine; verlies van controle over een transportmiddel of voorwerp; uitglijden of val van persoon; ongepaste handeling; verkeerde beweging; verrassing; schrik; geweldpleging; aangevallen worden; enz.*). Vermeld alle gebeurtenissen EN de daarbij **betrokken voorwerpen** (bijvoorbeeld: *gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.*).

.....

.....

e) Hoe is het slachtoffer (fysieke of psychische letsel) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende **contacten** die de verwonding(en) hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: *contact met elektrische stroom, een warmtebron of gevaarlijke stoffen; verdrinking; bedolven worden; door iets ingesloten worden (gas, vloeistof, vaste materie); verplettering tegen een voorwerp of stoot door een voorwerp; boising; contact met snijdende of puntige voorwerpen; beknelling of verplettering in, onder of tussen iets; problemen met het bewegingsapparaat; psychische shock; verwonding door dier of mens; enz.*) EN de daarbij **betrokken voorwerpen** (bijvoorbeeld: *gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.*).

.....

.....

15. Eerste zorgen verstrekt op (2) ...../...../..... om ..... uur door de geneesheer of in het ziekenhuis:  
 Naam : .....  
 Straat / nr. / bus: ..... Postcode: |..|..|..| Gemeente: .....
16. Proces-verbaal opgesteld te ..... op (2) ...../...../..... door .....
17. Naam en adres van de eventuele aansprakelijke: .....  
 en van zijn verzekeraar: ..... Polisnr.: .....
18. Getuigen:                      Naam    Straat / nr. / bus    Postcode    Gemeente  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Aangever (naam en hoedanigheid) : ..... Handtekening: .....  
 Datum (2): ...../...../.....

#### Ongevallensteekkaart: jaar ..... nr. ....

In geval van een ernstig ongeval, verwittigt de administratie de inspecteur inzake arbeidsveiligheid van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg op de manier die is voorgeschreven door artikel 26 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk (B.S. 31 maart 1998).

19. **Aard van het ongeval** (3):     arbeidsongeval     ongeval op de weg naar en van het werk     ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt (art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967)

#### IV. Gegevens over de WERKGEVER

20. Adres van de afdeling of dienst waarvan het slachtoffer afhangt : Straat / nr. / bus: .....  
 ..... Postcode: |..|..|..| Gemeente: .....
21. Externe dienst belast met het medisch toezicht - Naam: .....  
 Straat / nr. / bus: ..... Postcode: |..|..|..| Gemeente: .....
22. Totaal aantal personeelsleden tewerkgesteld in het departement, de instelling, de gemeente, het OCMW, de inrichting, enz. op het einde van de maand vóór het ongeval : .....
23. Totaal aantal arbeidsdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van de maand vóór het ongeval : .....

#### V. Gegevens over het SLACHTOFFER en over het ONGEVAL

24. Datum van indiensttreding van het slachtoffer (2): ...../...../.....
25. Duurtijd van de tewerkstelling:     voor onbepaalde duur     voor bepaalde duur
26. Is de datum van uitdiensttreding gekend? :     ja     neen    Zo ja, datum uitdiensttreding (2): ...../...../.....
27. Aard van de tewerkstelling:     voltijds     deeltijds
28. Beroeps categorie (3):     vast benoemd     contractueel     stagiair     andere (welke?): .....
29. Gewone functie in de administratie: ..... ISCO-code : |..|..|..|
30. Hoelang oefende de getroffen de dit beroep in de administratie, dienst of inrichting uit?  
 minder dan één week     één week tot één maand     één maand tot één jaar     langer dan één jaar
31. Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval? (5):  
 gebruikelijke werkplek of lokale eenheid  
 occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever  
 andere werkplek
32. Datum van kennisgeving aan de werkgever (2): ...../...../.....

33. Door het slachtoffer te presteren uren op de dag van het ongeval: van ..... uur tot ..... uur en van ..... uur tot ..... uur

34. Opmerkingen betreffende de omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval (gegevens die aan de verklaringen van het slachtoffer moeten worden toegevoegd):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. Gegevens over de PREVENTIE**

35. Activiteit van de afdeling of dienst waar het slachtoffer gewoonlijk zijn functie uitoefent:

.....

36. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? <sup>(3)</sup>  Ja  Neen  
 Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? : .....

Gaat het om een ongeval bedoeld bij art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967? <sup>(3)</sup>  Ja  Neen

37. Soort werk: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|

38. Laatste afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

39. Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..| |..|..|

40. Contact – wijze van verwonding: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|

41. Letsel - Soort<sup>(7)</sup><sup>(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|..| Verwond deel <sup>(7)</sup><sup>(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

42. Gevolgen van het ongeval <sup>(7)</sup><sup>(6)</sup>:

- geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien
- geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien
- tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien: de voorziene blijvende ongeschiktheid is: .....%
- overlijden, datum van overlijden<sup>(2)</sup>: ...../...../.....

43. Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum<sup>(2)</sup>: ...../...../..... ..... uur ..... minuten

44. Datum van de effectieve werkhervatting<sup>(2)</sup>: ...../...../.....  
 Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: ..... dagen

45. Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffen(e) op het ogenblik van het ongeval?

- geen  helm  handschoenen  veiligheidsbril  aangezichtsscherm
- beschermingsvest  signalisatiekledij  gehoorbescherming  veiligheidsschoeisel
- ademhalingsmasker met verse luchttoevoer  ademhalingsmasker met filter  gewoon mondkapje
- valbeveiliging  andere: .....

46. Getroffen of te treffen maatregelen om gelijkaardige ongevallen te vermijden:

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

Aangever namens de overheid (naam en hoedanigheid):

Naam van de preventieadviseur:

Datum <sup>(2)</sup>: ...../...../.....

Handtekening:

Handtekening:

- (1) = Facultatief
- (2) = Dag / maand / jaar
- (3) = Aankruisen wat van toepassing is
- (4) = Verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan u uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities.
- (5) = Niet invullen indien het een ongeval op de werkweg betreft.
- (6) = Deze informatie vindt u in de tabellen van de bijlage IV van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de Interne Dienst voor preventie en bescherming op het werk (B.S. 31 maart 1998).
- (7) = Deze informatie vindt u op het medisch attest.
- (8) = Zie lijst opgenomen in het KB van 19 april 1999 tot vaststelling van de elementen over te dragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Annexe à l'arrêté ministériel du 13 avril 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public

### MODELE A - DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration. Il doit être accompagné du modèle B (attestation médicale), dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité.

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

<b>I. Données concernant l' E M P L O Y E U R</b>	
1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement: .....	Tél.: ...../..... Fax: ...../.....
2. Rue / n° / boîte: .....	Code postal:  .. .. .. ..  Commune: .....
3. Objet de l'administration: .....	Code NACE-BEL:  .. .. .. ..
4. Numéro d'entreprise:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..  et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..	
<b>II. Données concernant la V I C T I M E</b>	
5. Nom et prénoms: .....	
Nom de l'époux (1): .....	
6. Date de naissance(2): ...../...../.....	Sexe (3): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rôle linguistique: .....	
7. Numéro du Registre national:  .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. .. ..	Nationalité: .....
8. Numéro du dossier auprès du service médical compétent: .....	
9. Numéro de compte bancaire (4): IBAN _____	
Etablissement financier: BIC _____	
10. Résidence principale: Rue / n° / boîte: .....	
Code postal:  .. .. .. ..  Commune: .....	
<b>III. Données concernant l' A C C I D E N T</b>	
11. Jour de l'accident: ..... Date (2): ...../...../.....	
..... h ..... min	
12. Lieu de l'accident:	
<input type="checkbox"/> dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2	
<input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce 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 mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier)	
Rue/numéro/boîte: .....	
Code postal:  .. .. .. ..  Commune: .....	
Pays: .....	
Numéro du chantier: _____	
13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si non, quelle occupation exerçait-elle?: .....	
S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime)? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14. a) Dans quel <b>environnement (type de lieu)</b> la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit? (p.ex., aire de maintenance, 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.)	
.....	
.....	
b) Précisez l' <b>activité générale (type de travail)</b> 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, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage.)	
.....	
.....	
c) Précisez l' <b>activité spécifique</b> 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 <b>objets impliqués (agent matériel)</b> (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc)	
.....	
.....	



d) 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 (agent matériel)** s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

.....

.....

e) 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, coïncement 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 (agent matériel)** (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

.....

.....

15. Premiers soins donnés le (2) ...../...../..... à ..... h par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:  
 Nom: .....  
 Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..|..| Commune: .....
16. Procès-verbal dressé à ..... le (2) ...../...../..... par .....
17. Nom et adresse du responsable éventuel: ..... N° police: .....
- et de son assureur: .....
18. Témoins:                      Nom    Rue / N° / boîte    Code Postal    Commune
- ..... |..|..|..|..| .....
- ..... |..|..|..|..| .....

Déclarant (nom et qualité): ..... Signature: .....

Date (2): ...../...../.....

**Fiche d'accident - année ..... n° .....**

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

19. **Nature de l'accident** (3) :     accident du travail     accident sur le chemin du travail     accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

**IV. Données concernant l' E M P L O Y E U R**

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :  
 Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..|..| Commune: .....
21. Service externe chargé du contrôle médical - Nom: .....  
 Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..|..| Commune: .....
22. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., 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. Données concernant la V I C T I M E et l' A C C I D E N T**

24. Date d'entrée en service de la victime (2): ...../...../.....
25. Durée de l'emploi :     indéterminée     déterminée
26. La date de sortie de service est-elle connue ?     oui     non    Si oui, date de sortie de service (2): ...../...../.....
27. Nature de l'emploi :     à temps plein     à temps partiel
28. Catégorie professionnelle (3):  agent définitif     contractuel     stagiaire     autre (à préciser) .....
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 :  
 moins d'une semaine     d'une semaine à un mois     d'un mois à un an     plus d'un an
31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5)  
 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
32. Date de déclaration à l'employeur (2): ...../...../.....
33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident: de ..... h à ..... h et de ..... h à ..... h

34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

### VI. Données 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 occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? <sup>(3)</sup>

Oui  Non Si non, quelle activité exerçait-elle ? : .....

S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2<sup>o</sup>, de la loi du 3 juillet 1967 ? <sup>(3)</sup>  Oui  Non

37. Type de travail: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|

38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident:..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

39. Agent matériel de cette déviation: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..| . |..|..|

40. Contact-modalité de la blessure: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|

41. Lésion - Nature <sup>(7)(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|..| Localisation <sup>(7)(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

42. Conséquences de l'accident <sup>(7)(6)</sup> :

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 : l'incapacité permanente prévue est : ..... %

décès, date du décès <sup>(2)</sup>: ...../...../.....

43. Cessation de l'activité professionnelle – date <sup>(2)</sup>: ...../...../..... h ..... min

44. Date de 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 ?

aucun  casque  gants  lunettes de sécurité  écran facial

veste de protection  tenue de signalisation  protection de l'ouïe  chaussures de sécurité

masque respiratoire avec apport d'air frais  masque respiratoire à filtre  masque antiseptique

protection contre les chutes  autres : .....

46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité): .....

Nom du conseiller en prévention : .....

Date <sup>(2)</sup>: ...../...../.....

Signature : .....

Signature:

(1) = Facultatif

(2) = Jour / mois / année

(3) = Cocher ce qui convient

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

(5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

(6) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998).

(7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.

(8) = Voir liste reprise à l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 13 april 2008 tot wijziging van het ministerieel besluit van 7 februari 1969 tot vaststelling van de modellen voor aangifte van een ongeval en voor het indienen van een doktersattest inzake arbeidsongevallen in de overheidssector.

De Minister van Werk,

Mevr. J. MILQUET

De Minister van Ambtenarenzaken,

Mevr. I. VERVOTTE

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 13 avril 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public.

La Ministre de l'Emploi,

Mme J. MILQUET

La Ministre de la Fonction publique,

Mme I. VERVOTTE