

DECLARATION D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET

La déclaration doit être remplie, selon les instructions, **par l'employeur ou son représentant !**

1. EMPLOYEUR

1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur

1.02 Adresse

1.03 Matricule de l'employeur auprès du Centre commun de la sécurité sociale

2. ASSURÉ

2.01 Nom, prénom de l'assuré

2.02 Matricule de l'assuré

2.03 Adresse

2.04 Travailleur intérimaire?

Oui Non

Le cas échéant, dénomination de l'entreprise utilisatrice

Le cas échéant, matricule de l'entreprise utilisatrice

2.05 L'assuré travaille :

à temps plein à temps partiel

Veillez préciser le nombre habituel d'heures de travail hebdomadaires

heures / semaine

2.06 Profession de l'assuré (p.ex. peintre, éducateur, comptable)

3. INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

3.01. Date et heure de l'accident

jour / mois / année

H : mn

3.02. Date et heure de la déclaration à l'employeur ou à son représentant

jour / mois / année

H : mn

3.03 Heures pendant lesquelles l'assuré a travaillé ou aurait dû travailler le jour de l'accident

matin de / à

après-midi de / à

:

/

:

/

:

/

:

mn

3.04 L'accident a-t-il eu lieu sur :

- le poste de travail habituel
 un poste de travail occasionnel ou mobile
 le trajet

Veillez indiquer l'adresse du lieu de travail si différente de 1.02 :

En cas d'accident de la circulation :

- l'assuré se trouvait-il :

en voiture de société en voiture privée autre

- l'assuré était-il :

conducteur passager autre

- un constat à l'amiable a-t-il été rempli?

Oui Non

- un procès-verbal a-t-il été dressé?

Oui Non

3.05 Description détaillée de l'**endroit ou du lieu de travail de l'assuré** lors de l'accident (en cas d'accident de la circulation, veuillez préciser l'endroit exact : p.ex. localité, rue, sortie de l'autoroute, etc.). En cas d'accident à l'étranger, veuillez indiquer le pays.

3.06 Veuillez préciser l'activité ou la tâche de l'assuré au moment de l'accident.

3.07 Veuillez énumérer les objets impliqués (p.ex. outils, machines, équipements, matériaux, instruments, substances, etc.).

3.08 Veuillez détailler les événements déviant du processus normal d'exécution du travail et ayant entraîné l'accident (p.ex. sol mouillé ou glissant).

3.09 Le cas échéant, veuillez indiquer l'autorité publique (p.ex. : Police, ITM, CGDIS, ...) qui suite à l'accident a été prévenue / était sur place :

3.10 Y a-t-il eu un (des) témoin(s) oculaire(s)?

Oui Non

Le cas échéant, nom(s) et adresse(s) du (des) témoin(s)

3.11 Nom, adresse et fonction de la première personne avertie dans l'entreprise

4. MESURES DE PRÉVENTION

4.01 Quelles étaient les mesures de prévention en place lorsque l'accident est survenu?

4.02 Quelles sont les mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire?

5. CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT SELON LES RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ

5.01 **Pas de lésion**, seulement dégât au véhicule automoteur -> **Veillez passer à la rubrique 6.**

5.02 **En cas de lésion**, veuillez indiquer la **nature** de la (des) lésion(s)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles | <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression |
| <input type="checkbox"/> Fractures osseuses | <input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations |
| <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures | <input type="checkbox"/> Choc (émotionnel/psychologique) |
| <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes | <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s), veuillez indiquer: <input type="text"/> | |

5.03 Veuillez indiquer la **localisation** de la (des) lésion(s)

- | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête | Oeil (Yeux) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Cou | Épaule(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Dos | Bras, y compris coude(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Thorax | Main(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Ventre, bassin | Jambe(s), y compris genou(x) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| | Pied(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s), veuillez indiquer: <input type="text"/> | | | |

5.04 Le cas échéant, nom et adresse du 1^{er} médecin consulté

Date de la consultation :

jour / mois / année

Code-médecin (si connu) :

5.05 Le cas échéant, nom de l'établissement hospitalier visité

5.06 Conséquences des lésions

- Décès de l'assuré
 L'assuré n'a pas interrompu son travail
 L'assuré a quitté le travail le

jour / mois / année

à H : mn

L'assuré :

- a repris le travail le
jour / mois / année
 n'a pas repris le travail

Veillez indiquer la date de fin d'incapacité prévue sur le certificat d'incapacité de travail (si connue)

jour / mois / année

6. SIGNATAIRE (EMPLOYEUR OU SON REPRÉSENTANT)

6.01 Nom, prénom de l'employeur ou de son représentant

6.02 Fonction

6.03 Numéro de téléphone

6.04 En cochant cette case, je tiens à signaler mes doutes quant à la réalité des faits. **Je m'engage à joindre une déclaration de doute détaillée.**

6.05 Lieu, date

, le
jour / mois / année

Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire **par ordinateur** ou s'il est rempli à la main **à l'encre noire en caractères d'imprimerie**

6.06 Signature de l'employeur ou de son représentant

Tout formulaire incomplet sera retourné !

La déclaration est à adresser à l'**Association d'assurance accident**,
soit par courrier à l'adresse postale L-2976 Luxembourg,
soit par fax au numéro +352 495335,
soit par courriel au **format PDF** à l'adresse declaration.aaa@secu.lu