**DECLARATION ACCIDENT de TRAVAIL**

Cher membre, nous nous chargeons de déclarer votre accident de travail auprès de notre compagnie d'assurance AG. Pourriez-vous nous faire parvenir les éléments suivants et nous joindre en pièce jointe  **tous les documents concernant l’accident :** contrat et devis SMart signé (si on ne l’a pas encore reçu), attestation d’incapacité de travail, preuves de traitement médical, frais médicaux (factures, feuille de soins, ticket pharmacie …)**.** Gardez bien **les originaux.** Notre assureur pourrait les demander par la suite.

**Attention les éléments sur votre contrat ne doivent pas être modifiés en fonction de votre incapacité de travail :**

* **Le montant de votre budget salarial doit reprendre l’ensemble des jours de votre contrat sans tenir compte de votre incapacité.**

**Merci de nous envoyer le dossier complété au plus vite (dans les 3 jours pour un accident léger ; immédiatement pour un accident grave[[1]](#footnote-1) et accident sur le chemin de travail).** Ceci nous permet de faire le nécessaire dans les délais déterminés par l’assureur et le Contrôle du Bien-être et de la Sécurité au Travail.

**VOS COORDONNEES**

* Nom, prénom :
* Adresse :
* Téléphone :
* Mail :

**VOTRE FONCTION EXERCEE au moment de l’accident** :

**HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L’ACCIDENT** : **de** ……… h **à** …….. h **et de** …….. h **à** …….. h (Exemple : de 9.30h à 12.00h et de 13.00h à 16.00h veut dire que la personne a travaillé entre 9.30h et 12.00h, a pris une pause de midi entre 12.00h et 13.00h, et a recommencé à travailler entre 13.00h et 16.00h).

**INCAPACITE DE TRAVAIL et INFORMATIONS MEDICALES**

* Interruption de travail le jour de l’accident : oui/non
* Incapacité de travail oui/non,

- si oui : du ……..au…………..  
**Merci de nous prévenir en cas de prolongation d’incapacité de travail**

* Hôpital traitant (au moment de l’accident)  
  Nom:   
  Adresse :   
  Téléphone :
* Médecin traitant (au moment de l’accident)  
  Nom:  
  Adresse:  
  Téléphone :

**DONNEES de L’ACCIDENT**

* Date :
* horaire de travail le jour de l’accident :
* Heure de l’accident :
* Lieu exacte (adresse précise) :
* Témoins directs

Nom, prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

* Les moyens de protection qui étaient nécessaires pour effectuer le travail : casque, ceinture, chaussure, …
* Description **détaillée**: décrivez clairement, le plus précis que possible, ce qui s’est passé, quels outils vous avez utilisés, quels objets ont causé l’accident, …
* Précision du dommage corporel (précisez quel est le type de la lésion (fracture, brûlure,…) ET la localisation de la lésion (doigt gauche, pied droit, plusieurs partie du corps...)

1. Accident de travail grave: toujours avec issue fatale et quasiment toujours avec lésion permanente, et certains lésions temporaires, ou en détail :

   accident causé par les situations ou objets suivantes : problème électrique / explosion / feu / rupture, bris, éclatement, glissade, chute d’un agent matériel/ chute de hauteur de la personne / entrainement par un objet / machines, installations ou moyen de transport/ substances chimiques, explosives, radioactives, biologiques/ dispositifs et équipements de sécurité /animaux, micro-organismes, virus/ armes / échafaudages ou constructions en hauteur **ET** qui a entraîné une **lésion permanente**/  
   soit une **lésion temporaire d’ordre suivante** : fractures osseuses / amputations/ plaies, brûlures, effets nocifs de l’électricité, effets de radiations (non-thermiques), tous avec plusieurs jours d’incapacité de travail / brûlures chimiques ou internes ou gelures / commotions et traumatismes internes qui, en l’absence de traitement peuvent mettre la survie en cause / empoisonnements aigus. [↑](#footnote-ref-1)