



ASSOCIATION  
D'ASSURANCE ACCIDENT

Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET

EMPLOYEUR	1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur <input type="text"/>		Case réservée à l'administration
	1.02 Adresse <input type="text"/>		
	1.03 Numéro d'affiliation de l'entreprise auprès de la sécurité sociale : <input type="text"/>		
VICTIME	2.01 Nom, prénom <input type="text"/>		2.05 La victime occupe-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : <input type="checkbox"/> un emploi permanent (contrat à durée indéterminée) <input type="checkbox"/> un emploi temporaire ou de nature similaire. En cas de contrat de travail intérimaire veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise utilisatrice et le numéro d'affiliation auprès de la sécurité sociale (si connu): <input type="text"/> Numéro d'affiliation : <input type="text"/>
	2.02 Adresse <input type="text"/>		
	2.03 Occupé(e) à l'entreprise / établissement en qualité de <input type="text"/>		
	2.04 Matricule ou à défaut date de naissance <input type="text"/>		
2.06 La victime travaille-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : <input type="checkbox"/> à temps plein ? <input type="checkbox"/> à temps partiel ? Veuillez préciser le nombre habituel d'heures de travail hebdomadaires : <input type="text"/> heures / semaine			
ACCIDENT	3.01 Date et heure de l'accident <input type="text"/> jour/mois/année - heure : minute <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/>		3.02 Date et heure de la déclaration à l'employeur <input type="text"/> jour/mois/année - heure : minute <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/>
	3.03 Heures pendant lesquelles la victime a travaillé ou aurait dû travailler le jour de l'accident le jour de l'accident matin de / à <input type="text"/> heure : minute - <input type="text"/> heure : minute après-midi de / à <input type="text"/> heure : minute - <input type="text"/> heure : minute h: <input type="text"/> min - <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/> h: <input type="text"/> min <input type="text"/>		3.04 L'accident a-t-il eu lieu: <input type="checkbox"/> au poste ou lieu de travail habituel de la victime <input type="checkbox"/> à un poste de travail occasionnel ou mobile <input type="checkbox"/> sur le trajet
	3.05 A quel endroit ou lieu de travail la victime se trouvait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du lieu (en cas d'accident de la circulation prière d'indiquer la localité et la rue ). <input type="text"/>		
	3.06 Quel type de travail, respectivement quelle tâche la victime effectuait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du type de travail <input type="text"/>		
	3.07 Quelle activité spécifique la victime accomplissait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de l'activité spécifique ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, objets, instruments, substances, etc.) utilisés par la victime. <input type="text"/>		
	3.08 Description circonstanciée du déroulement de l'accident <input type="text"/>		
	3.09 Quel(s) événement(s) déviant du processus normal d'exécution du travail a (ont) entraîné l'accident? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les événements anormaux ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.). <input type="text"/>		
	3.10 Comment la victime a-t-elle été blessée? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les contacts blessants ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.). <input type="text"/>		

**Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie**

<b>ACCIDENT (suite)</b>	<p>3.11 Mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Case réservée à l'administration</p>		
	<p>3.12 Nom et adresse de la personne avertie en premier lieu</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Est-ce que cette personne était témoin oculaire ?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> non      <input type="checkbox"/> oui         </p>		
<b>LESION(S) selon les constatations de l'employeur</b>	<p>4.01 <input type="checkbox"/> <u>Pas de lésion</u>, seulement dégât au véhicule automoteur -&gt; <b>Prière de passer aux rubriques 5.01 à 5.05.</b></p>			
	<p>4.02 <u>En cas de lésion</u>, prière d'indiquer la <u>nature</u> de la lésion</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles (y compris contusions)  <input type="checkbox"/> Fractures osseuses  <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures  <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes  <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures  <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations  <input type="checkbox"/> Choc (sans blessure physique directe)  <input type="checkbox"/> Lésions multiples  <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer:  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Nature inconnue</p>		<input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) <input type="checkbox"/> Fractures osseuses <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression	<input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations <input type="checkbox"/> Choc (sans blessure physique directe) <input type="checkbox"/> Lésions multiples <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) <input type="checkbox"/> Fractures osseuses <input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures <input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes <input type="checkbox"/> Brûlures et gelures <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression	<input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations <input type="checkbox"/> Choc (sans blessure physique directe) <input type="checkbox"/> Lésions multiples <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
	<p>4.03 Prière d'indiquer la <u>localisation</u> de la lésion</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Tête  <div style="margin-left: 20px;">Oeil (Yeux)    <input type="checkbox"/> gauche    <input type="checkbox"/> droit</div> <input type="checkbox"/> Cou  <input type="checkbox"/> Dos  <input type="checkbox"/> Thorax  <input type="checkbox"/> Ventre, bassin  <input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <div>Épaule(s):                      <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Bras, y compris coude(s):    <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droit</div> <div>Main(s):                        <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Jambe(s), y compris genou(x): <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Pied(s):                         <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer:  <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Localisation inconnue</p>		<input type="checkbox"/> Tête <div style="margin-left: 20px;">Oeil (Yeux)    <input type="checkbox"/> gauche    <input type="checkbox"/> droit</div> <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Ventre, bassin <input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples	<div>Épaule(s):                      <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Bras, y compris coude(s):    <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droit</div> <div>Main(s):                        <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Jambe(s), y compris genou(x): <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Pied(s):                         <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/> Tête <div style="margin-left: 20px;">Oeil (Yeux)    <input type="checkbox"/> gauche    <input type="checkbox"/> droit</div> <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Ventre, bassin <input type="checkbox"/> Ensemble du corps et endroits multiples	<div>Épaule(s):                      <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Bras, y compris coude(s):    <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droit</div> <div>Main(s):                        <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Jambe(s), y compris genou(x): <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <div>Pied(s):                         <input type="checkbox"/> gauche                      <input type="checkbox"/> droite</div> <input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>			
<p>4.04 Nom, prénom et adresse du médecin traitant :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>				
<b>SIGNATAIRE</b>	<p>4.05 Code-médecin (si connu) :</p> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>			
	<p>4.06 Le cas échéant indiquer l'établissement hospitalier visité:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>			
	<p>4.07 Conséquences de l'accident</p> <p><input type="checkbox"/> Décès</p> <p><input type="checkbox"/> La victime n'a pas interrompu son travail</p> <p><input type="checkbox"/> La victime a quitté le travail : jour/mois/année - heure : minute</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">h:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">min</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<p>4.08 Reprise du travail</p> <p><b>Compléter cette rubrique au plus tôt après le huitième jour suivant la date de l'accident</b></p> <p><input type="checkbox"/> La victime a repris le travail le: jour/mois/année</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
	<p>5.01 Nom et prénom du signataire</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>			
<p>5.02 Fonction du signataire</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>				
<p>5.03 Numéro de téléphone / télécopie :</p> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div>				
<p>5.04 Lieu, date</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; margin-right: 10px;"></div> <div style="text-align: right;">             jour/mois/année              , le <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div>				
<p>5.05 Signature de l'employeur ou de son délégué, cachet de l'entreprise</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>				