

Vous êtes Collaborateur Occasionnel et êtes victime d'un accident du travail... Que faire ???

Référence légale

(Loi du 3 juillet 1963)

Un accident du travail (ou accident sur le chemin du travail) est un accident qui :

- s'est produit pendant ou à cause de l'exercice de votre travail,
- est causé par un évènement soudain,
- a causé une lésion (physique ou psychique) ou un dégât à une prothèse existante.

Cette lésion ne doit pas nécessairement donner lieu à une incapacité de travail.

Le chemin du travail s'entend du trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre de sa résidence au lieu de l'exécution du travail, et inversement.

Les interventions prévues par la loi (voir document n°4) : les frais médicaux, les indemnités d'incapacité de travail temporaire/permanente, la rente en cas d'incapacité permanente (« invalidité »), l'allocation d'aggravation après le délai de révision, l'allocation complémentaire pour aide d'une tierce personne, les interventions en cas de décès (frais funéraires, rente des ayants-droits survivants).

1. Signalez **immédiatement** l'accident au gestionnaire et au Service Transversal d'Appui et de Gestion (STAG)

Vanessa Pacella : 065/385.809

Laurence François : 065/328.778

Patricia Tomasi : 065/325.735

Valéry Fourneaux : 065/325.789

stag.ipfh@hainaut.be

Centrale : 065/325.700

Le service prévient immédiatement le Service Interne de Prévention et de Protection au Travail (SIPPT) au 065/382.562, lequel va décider d'un éventuel constat sur place ou non. Le service prévient également le Directeur de la filière.

2. Complétez la déclaration d'accident de travail (voir document n°1 – rubriques 2 et 3, en rose). Faites compléter le(s) témoin(s) éventuel(s) + signature(s), rubrique 3, en jaune.
3. Faites constater les lésions par un médecin des urgences ou un généraliste (voir certificat médical en document n°2).
4. Transmettez, **les originaux** de la déclaration d'accident du travail (document n°1) et le certificat médical (document n°2), dûment complétés et signés, au STAG.

*Le service dispose de 48h à dater de l'accident pour compléter la déclaration (rubriques 1, 4 et 5, en bleu) et pour envoyer les documents par mail au SIPPT : sippt.diffusion@hainaut.be **ET** les originaux, par courrier postal, à :*

*SIPPT
Avenue du Général de Gaule 102,
7000 Mons*

Le SIPPT complète la déclaration d'accident du travail (rubrique 6, en orange) et fait parvenir le dossier au Service des Assurances.

5. **En cas d'incapacité de travail**, faites une demande de contrôle médical, via le formulaire en ligne, **dans les 24h** :

Rendez-vous sur l'adresse : www.ethias.medicheck.be (voir procédure en document n°3)

Vous recevrez un SMS avec les informations liées à votre rendez-vous.

Vous devrez vous présenter au contrôle médical avec le formulaire Ethias et tout élément pouvant aider le médecin de contrôle à procéder à l'examen. N'hésitez donc pas à photocopier ou prendre en photo votre déclaration d'accident du travail et votre certificat médical avant d'en transmettre les originaux comme demandé au point 4.

6. **En cas de prolongation**, consultez votre médecin et le médecin Ethias (sauf si la compagnie Ethias vous a dispensé de contrôle) avec un nouveau certificat Ethias (document n°2).
A compléter comme précédemment et à retourner à destination de l'institution.

Le service compétent au sein de votre institution transmettra le certificat de prolongation au service des assurances par mail (service.assurances@hainaut.be) ET par courrier :

*Direction Financière – Service des Assurances
Digue de Cuesmes 31,
7000 Mons*

Pour toute question relative à votre dossier d'assurance, vous pouvez contacter le service au 065/382.374 ou 065/382.416

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

I. Données concernant l'Employeur.

1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement
INSTITUT PROVINCIAL DE FORMATION DU HAINAUT
2. Rue/n°/Boîte: ...route d'Ath, 25/35
Code postal: ...7050..... Localité: JURBISE
Tél: 065/325.700-762 - Fax: 065/325.704
3. Objet de l'administration: service public.....Code NACE-BEL: 8/4/1/1/3
4. Numéro d'entreprise: 0/2/0/7 - 6/5/6 - 6/1/0
et le cas échéant, n° d'unité d'établissement : .../.../... - .../.../... - .../.../...

II. Données concernant la VICTIME

5. Nom et prénoms:
Nom de l'époux ⁽¹⁾:
6. Date de naissance ⁽²⁾: .../.../... - Sexe ⁽³⁾: M - F - Rôle linguistique:
7. N° du Registre national: .../.../.../.../.../.../.../... - Nationalité:
8. N° du dossier auprès du service médical compétent :
9. N° de compte bancaire ⁽⁴⁾: IBAN
Etablissement financier : BIC
10. Résidence principale: Rue/n°/Boîte :
Code postal Localité

III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Jour de l'accident: Date ⁽²⁾:H.....min.
12. Lieu de l'accident:
 dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? oui non
 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/n°/boîte :
Code postal: .../.../... Commune:
Numéro de chantier :
13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? ⁽³⁾ oui - 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 en raison d'un acte antérieur accompli dans l'exercice des fonctions) ? ⁽³⁾ Oui Non
14. a) Dans quel environnement (type de lieu) la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit? (p.ex., bureau, salle de réunion, école, université, hôpital, autoroute, etc.)
.....
.....

b) Précisez l'activité générale (type de travail) 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, l'assemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage).

c) Précisez l'activité spécifique 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 objets impliqués (agent matériel)** (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, coincement 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⁾/...../..... àh par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:
Nom :

Rue/n°/boîte : Code postal : Localité :

16. Procès-verbal dressé àle ⁽²⁾
par

17. Nom et adresse du responsable éventuel:
et de son assureur N° de police :

18. **Témoins:** Nom Rue/N°/Bte Code postal Localité

Rapport du/des témoin(s) (ce dernier est obligatoire et doit être le plus complet possible)

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

Témoin(s):
Date:/...../.....
Signature:

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 : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> 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'EMPLOYEUR

20.	Adresse de la division, du service ou de l'établissement où l'accident est survenu : Rue/n°/boîte :Code postal : Localité :
21.	Service externe chargé du contrôle médical : Nom : Rue /n°/boîte :Code postal : Localité :
22.	Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le CPAS, 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 VICTIME et l'ACCIDENT

24.	Date d'entrée en service de la victime ⁽²⁾ :/...../.....
25.	Durée de l'emploi : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée
26.	La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service ⁽²⁾ :/...../.....
27.	Nature de l'emploi : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel
28.	Catégorie professionnelle ⁽³⁾ : <input type="checkbox"/> agent définitif - <input type="checkbox"/> contractuel - <input type="checkbox"/> stagiaire - <input type="checkbox"/> temporaire - <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an
31.	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> 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 ? ⁽³⁾
 oui non Si non, quelle activité exerçait-elle ?
 S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? ⁽³⁾ oui non

37. Type de travail : Code ⁽⁸⁾ : |...|...|

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

39. Agent matériel de cette déviation : Code ⁽⁶⁾ : |...|...|...|...|

40. Contact - modalité de la blessure : Code ⁽⁸⁾ : |...|...|

41. Lésion - Nature ^{(7) (6)} : Code ⁽⁶⁾ : |...|...|...|

Localisation ^{(7) (6)} : Code ⁽⁶⁾ : |...|...|

42. Conséquences de l'accident ^{(7) (6)} :
 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 ⁽²⁾ :/...../.....

43. Cessation de l'activité professionnelle - date ⁽²⁾ :/...../..... h

44. Date de reprise effective du travail ⁽²⁾ :/...../.....
 S'il n'y a pas encore eu de 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 ⁽⁶⁾ : |...|...|
 Code ⁽⁶⁾ : |...|...|
 Code ⁽⁶⁾ : |...|...|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité) :

Date ⁽²⁾ :/...../.....

Signature :

Nom du conseiller en prévention :

Date :/...../.....

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 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 dans l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (MB 31 mars 1998)

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

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



certificat à utiliser en cas
D'ACCIDENT DU TRAVAIL

N° DE DOSSIER :

EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Exemplaire destiné au médecin de contrôle
à envoyer dans les 24 heures

1 À REMPLIR PAR LA VICTIME

Madame Mademoiselle Monsieur NISS :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ Date de l'accident : _____

Circonstances de l'accident : _____

2 RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Le soussigné, docteur en médecine, _____ certifie avoir examiné ce jour la victime susmentionnée et avoir constaté que :

1. l'accident a causé les lésions suivantes :

- il n'y a pas d'incapacité de travail
 il y a une incapacité de travail du _____ au _____ inclus à _____
 la victime est capable d'effectuer un travail adapté du _____ au _____ répondant aux conditions suivantes :
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Position assise nécessaire | <input type="radio"/> Travail à l'intérieur nécessaire |
| <input type="radio"/> Éviter le travail impliquant de fréquents déplacements | <input type="radio"/> Éviter le soulèvement de charges supérieures à _____ kg |
| <input type="radio"/> Éviter le travail debout prolongé | <input type="radio"/> Éviter le travail entraînant des contraintes de dos |
| <input type="radio"/> Éviter le travail agenouillé | <input type="radio"/> Éviter le travail penché en avant |
| <input type="radio"/> Éviter le travail sur échelles ou en hauteur | <input type="radio"/> Éviter la conduite d'engin à préciser : |
| <input type="radio"/> Éviter l'utilisation d'engins vibrants | <input type="radio"/> Éviter le travail en milieu empoussiéré |
| <input type="radio"/> Travail à temps partiel à préciser : <input type="radio"/> 1/2 tps <input type="radio"/> 3/5 tps <input type="radio"/> 4/5 tps | <input type="radio"/> Autres à préciser : _____ |
- Date de reprise de travail probable : _____

2. ces lésions nécessitent le(s) traitement(s) spécifique(s) suivant(s) : _____

3. sorties autorisées interdites

Cachet et signature du médecin traitant :

L'acceptation, par le médecin de contrôle, d'une période d'incapacité temporaire de travail, ne signifie pas automatiquement la reconnaissance du cas comme accident du travail ou comme conséquence de celui-ci.

Associations d'assurances mutuelles agréées sous les n° 0165, 0660, 0662 (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)
N° d'entreprises/TVA BE 0402.370.054 - BE 0402.370.153 - BE 0402.370.252

SIÈGE SOCIAL rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

**certificat à utiliser en cas
D'ACCIDENT DU TRAVAIL**



N° DE DOSSIER :

EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Exemplaire destiné à l'employeur

1 À REMPLIR PAR LA VICTIME

Madame Mademoiselle Monsieur NISS :

Nom et prénom :

Date de naissance : Date de l'accident :

Circonstances de l'accident :

2 RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Le soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour la victime susmentionnée et avoir constaté que :

1. l'accident a causé les lésions suivantes :

- il n'y a pas d'incapacité de travail
- il y a une incapacité de travail du au inclus à %
- la victime est capable d'effectuer un travail adapté du au répondant aux conditions suivantes :
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Position assise nécessaire | <input type="radio"/> Travail à l'intérieur nécessaire |
| <input type="radio"/> Éviter le travail impliquant de fréquents déplacements | <input type="radio"/> Éviter le soulèvement de charges supérieures à <input type="text"/> kg |
| <input type="radio"/> Éviter le travail debout prolongé | <input type="radio"/> Éviter le travail entraînant des contraintes de dos |
| <input type="radio"/> Éviter le travail agenouillé | <input type="radio"/> Éviter le travail penché en avant |
| <input type="radio"/> Éviter le travail sur échelles ou en hauteur | <input type="radio"/> Éviter la conduite d'engin à préciser : <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Éviter l'utilisation d'engins vibrants | <input type="radio"/> Éviter le travail en milieu empoussiéré |
| <input type="radio"/> Travail à temps partiel à préciser : <input type="radio"/> 1/2 tps <input type="radio"/> 3/5 tps <input type="radio"/> 4/5 tps | <input type="radio"/> Autres à préciser : <input type="text"/> |
- Date de reprise de travail probable

2. ces lésions nécessitent le(s) traitement(s) spécifique(s) suivant(s) :

3. sorties autorisées interdites

Cachet et signature du médecin traitant :

L'acceptation, par le médecin de contrôle, d'une période d'incapacité temporaire de travail, ne signifie pas automatiquement la reconnaissance du cas comme accident du travail ou comme conséquence de celui-ci.

Associations d'assurances mutuelles agréées sous les n° 0165, 0660, 0662 (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)
N° d'entreprises/TVA BE 0402.370.054 - BE 0402.370.153 - BE 0402.370.252

Siège social rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

**certificat à utiliser en cas
D'ACCIDENT DU TRAVAIL**



N° DE DOSSIER :

EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Exemplaire destiné à la victime

1 À REMPLIR PAR LA VICTIME

Madame Mademoiselle Monsieur NISS :

Nom et prénom :

Date de naissance : Date de l'accident :

Circonstances de l'accident :

2 RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Le soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour la victime susmentionnée et avoir constaté que :

1. l'accident a causé les lésions suivantes :

il n'y a pas d'incapacité de travail

il y a une incapacité de travail du inclus à %

la victime est capable d'effectuer un travail adapté du au répondant aux conditions suivantes :

<input type="radio"/> Position assise nécessaire	<input type="radio"/> Travail à l'intérieur nécessaire
<input type="radio"/> Éviter le travail impliquant de fréquents déplacements	<input type="radio"/> Éviter le soulèvement de charges supérieures à <input type="text"/> kg
<input type="radio"/> Éviter le travail debout prolongé	<input type="radio"/> Éviter le travail entraînant des contraintes de dos
<input type="radio"/> Éviter le travail agenouillé	<input type="radio"/> Éviter le travail penché en avant
<input type="radio"/> Éviter le travail sur échelles ou en hauteur	<input type="radio"/> Éviter la conduite d'engin à préciser : <input type="text"/>
<input type="radio"/> Éviter l'utilisation d'engins vibrants	<input type="radio"/> Éviter le travail en milieu empoussiéré
<input type="radio"/> Travail à temps partiel à préciser : <input type="radio"/> 1/2 tps <input type="radio"/> 3/5 tps <input type="radio"/> 4/5 tps	<input type="radio"/> Autres à préciser : <input type="text"/>

Date de reprise de travail probable :

2. ces lésions nécessitent le(s) traitement(s) spécifique(s) suivant(s) :

3. sorties autorisées interdites

Cachet et signature du médecin traitant :

L'acceptation, par le médecin de contrôle, d'une période d'incapacité temporaire de travail, ne signifie pas automatiquement la reconnaissance du cas comme accident du travail ou comme conséquence de celui-ci.

Traitement de données relatives à la santé et/ou autres données sensibles

Vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre.

Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-après.

Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués. Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière.

Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
 - la lutte contre la fraude ;
 - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
 - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
 - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.

Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;

- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias

Data Protection Officer

Rue des Croisiers 24

4000 Liège

DPO@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données


Rue de la Presse 35

1000 Bruxelles

Tél. : +32 2 274 48 00

www.autoriteprotectiondonnees.be

LA PROCEDURE MEDICHECK



La nouvelle procédure à suivre :

- 1** Faites remplir le formulaire Ethias accident de travail par votre médecin traitant
- 2** Faites une demande de contrôle médical avec le nouveau formulaire en ligne
Rendez-vous sur l'adresse suivante : www.ethias.medicheck.be
Il ne nécessite ni téléchargement, ni installation, et peut être rempli par vous-même ou par un de vos proches
- 3** Recevez les informations sur votre contrôle par SMS
La date et l'heure de votre rendez-vous, ainsi que l'adresse du cabinet où aura lieu le contrôle
- 4** Rendez-vous à votre consultation chez le médecin de Medicheck
N'oubliez pas de prendre avec vous le formulaire Ethias !
- 5** A la sortie du contrôle, recevez une copie du résultat du contrôle par SMS

Pourquoi et comment utiliser le formulaire de demande de contrôle médical ?

Le formulaire de demande de contrôle médical est la nouvelle méthode unique pour signaler votre accident de travail.

Depuis votre ordinateur ou votre smartphone, rendez-vous sur l'adresse suivante :

www.ethias.medicheck.be

Cela ne nécessite ni installation ni téléchargement, et peut être fait par l'un de vos proches. Vous n'aurez qu'à remplir les informations demandées, elles seront envoyées automatiquement à Medicheck, qui vous mettra en contact avec l'un de ses 750 médecins.

Quelles informations me seront demandées ?

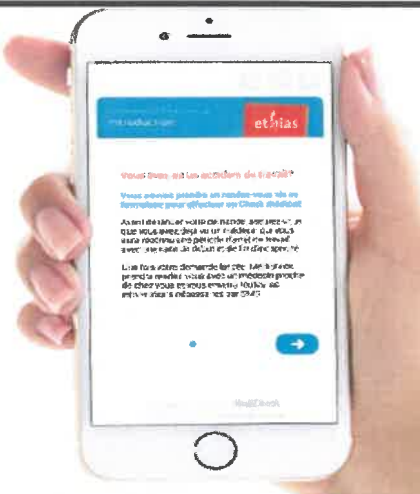
Le formulaire vous demandera des informations personnelles (nom et prénom, adresse, numéro de GSM), afin de permettre à Medicheck de trouver un médecin près de chez vous, de vous transmettre par SMS les informations liées à votre rendez-vous, et le résultat de votre contrôle une fois que celui-ci a eu lieu.

Votre numéro de registre national servira à vous identifier auprès d'Ethias, et les informations liées à votre incapacité compléteront votre dossier d'indemnisation.

Quand dois-je utiliser ce formulaire de demande de contrôle ?

Vous devez remplir le formulaire de demande de contrôle médical après avoir consulté votre médecin traitant et avoir été déclaré en incapacité de travail à cause d'un accident de travail.

Vous devrez ensuite envoyer le certificat médical complété par toutes les parties à votre employeur afin qu'il complète votre déclaration d'accident du travail auprès d'Ethias.



Pourrai-je modifier mes informations après les avoir envoyées ?

Non, elles ne peuvent plus être modifiées. Vous devez donc vous assurer qu'elles soient correctes avant de les envoyer à Medicheck !

Que dois-je apporter au rendez-vous avec le médecin Medicheck ?

Vous devez obligatoirement apporter le certificat médical type d'Ethias pour les accidents de travail qui a été rempli par votre médecin traitant.

Vous pouvez aussi apporter tout élément pouvant aider le médecin de contrôle à procéder à votre examen (médicaments prescrits par votre médecin, résultats d'examen médicaux en rapport avec votre accident...)

L'agent doit remplir le formulaire de demande de contrôle médical **après avoir consulté son médecin traitant et avoir été déclaré en incapacité** de travail à cause d'un accident de travail.

L'agent doit ensuite envoyer le certificat médical complété par toutes les parties au service RH de son institution afin que ce dernier complète la déclaration d'accident du travail auprès d'Ethias.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DIVERS

Ce document doit être utilisé
lors de chaque demande de
remboursement de frais divers

A RAPPELER IMPERATIVEMENT
Nos réf.:

Acc. du

CE DOCUMENT PEUT ETRE PHOTOCOPIE

Les frais seront remboursés : **COCHEZ UN DES 2 BENEFICIAIRES CI-DESSOUS**
 à au compte

Ce formulaire peut également servir à votre médecin, à votre
kinésithérapeute, à votre pharmacien ou à tout autre prestataire de soins
pour nous adresser leurs factures.

à au compte/...../.....

N'OUBLIEZ PAS DE TOUJOURS JOINDRE VOS JUSTIFICATIFS. PAS DE COPIE.
(originaux d'attestations de soins : documents de couleurs remis par le
prestataire de soins, relevés de pharmacie, etc.)

AUCUN PAIEMENT NE POURRA ETRE EFFECTUE SANS CES JUSTIFICATIFS

Nous vous remercions de bien vouloir compléter la grille ci-dessous.

Date des soins	Prestataire des soins	Prix payé	Numéro de l'annexe
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°
.../.../.....		..... EUR	N°

Je désire recevoir d'autres formulaires de remboursement : OUI - NON

Date :

Signature :

Accident du
Victime :

QUESTIONNAIRE

Afin de nous permettre de poursuivre utilement la gestion du dossier nous vous demandons de bien vouloir nous renvoyer ce formulaire complété et signé. Les renseignements repris ci-après ne figuraient pas sur la déclaration d'accident de travail. Veuillez bien les compléter :

Données relatives à votre mutuelle :

- Coordonnées de votre mutuelle (Nom, adresse et n° d'affiliation)

COLLER UNE
VIGNETTE ICI

REMETTEZ CE DOCUMENT A VOTRE
EMPLOYEUR QUI NOUS INFORMERA
VIA EXTRANET (INTERNET)

Date et signature,