

AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Verzekeringsonderneming:

Nummer verzekeringspolis:

Bijkomende onderverdeling van het polisnummer:

Tariefcode van de getroffene (zie verzekeringspolis):

Stuur dit formulier, binnen 8 dagen na het ongeval naar de verzekeraar, samen met het medisch attest van eerste verzorging (art. 62 arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 en het KB van 12 maart 2003 tot vaststelling van de wijze en van de termijn van aangifte van een arbeidsongeval).

Hoe en wanneer u de inspecteur bevoegd inzake de arbeidsveiligheid van het FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg op de hoogte moet brengen van een **ernstig ongeval**, vindt u in art. 26 en 27 van het Koninklijk Besluit van 27 maart 1998 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

Ongevallensteekkaart: jaar nr.

Nummer ongeval bij de verzekeraar:

ASR-nummer:

WERKGEVER	
1 Bedrijfsnummer:	RSZ-nummer:
2 Naam+voornaam of handelsnaam:	
3 Straat, nummer, bus:	
Postcode: Gemeente:	
4 Activiteit van de onderneming: Nace-Bel-code:	
5 Telefoonnummer van de contactpersoon:	
6 Rekeningnummer bij een financiële instelling:	

GETROFFENE	
7 INSZ (identificatienummer sociale zekerheid):	
8 Naam: Voornaam:	
9 Geboorteplaats: Geboortedatum:	
10 Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw Nationaliteit:	
12 Hoofdverblijfplaats: Straat, nummer, bus:	
Postcode: Gemeente: Land:	
Correspondentieadres (te vermelden indien verschillend van adres hoofdverblijfplaats): Straat, nummer, bus:	
Postcode: Gemeente: Land:	
Telefoonnummer:	
13 Taal van de correspondentie met de getroffene: <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Duits	
14 Verwantschap met de werkgever: <input type="checkbox"/> geen verwantschap <input type="checkbox"/> eerste graad (ouders en kinderen) <input type="checkbox"/> andere (vb. oom, grootouders)	
15 Ziekenfonds – Code of naam:	
Straat, nummer, bus:	
Postcode: Gemeente:	
Aansluitingsnummer:	
16 Rekeningnummer bij een financiële instelling:	
17 Dimona-nummer van de tewerkstelling:	
18 Datum van indiensttreding:	
19 Is de einddatum van de arbeidsovereenkomst gekend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, datum einde arbeidsovereenkomst	
20 Gewoon beroep in de onderneming: ISCO-code:	
21 Normale werkplaats – Postcode: Gemeente: Land:	
22 Atelier, werf, sectie, dienst, departement of afdeling waar de getroffene gewoonlijk zijn beroep uitoefent:	
23 Werkte de getroffene in het kader van een onderaanneming? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
24 Is de getroffene een uitzendkracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, bedrijfsnummer van de gebruikende onderneming:	
RSZ-nummer van de gebruikende onderneming:	
activiteit van de gebruikende onderneming: Nace-Bel-code:	

ONGEVAL	
25 Dag van het ongeval: datum:-.....-20..... uur: min.:	
26 Datum van kennisgeving aan de werkgever:-.....-..... uur: min.:	
27 Aard van het ongeval: <input type="checkbox"/> arbeidsongeval <input type="checkbox"/> ongeval op de weg naar of van het werk	
28 Werktijdregeling van de getroffene op de dag van het ongeval: van u. tot u. en van u. tot u.	
29 Plaats van het ongeval: Postcode: Gemeente: Land:	
30 Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffene zich toen het ongeval zich voordeed? (bv.: onderhoudsruimte; bouwplaats van een tunnel; 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.)	
31 Bepaal de algemene activiteit (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed: (bv.: verwerking van producten, opslag, grondverzet, nieuwbouw of sloop van een bouwwerk, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand aan een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, kunst of de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie, schoonmaken, enz.)	
32 Bepaal de specifieke activiteit die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bv.: 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.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bv.: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.)	
33 Oefende de getroffene op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone beroep? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo neen, welke bezigheid oefende hij uit?	
34 Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bv.: 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 bewegingen; verrassing; schrik; geweldpleging; aangevallen worden; enz.). Vermeld alle gebeurtenissen EN de voorwerpen die daarbij een rol hebben gespeeld (bv.: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.)	
35 Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid (1): Code (1):	
36 Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis (1): Code (1):	
37 Werd er een proces-verbaal opgesteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, proces-verbaal met identificatienummer opgesteld te op-.....-..... door	
38 Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, naam en adres: Polisnummer	
naam en adres van de verzekeraar: Polisnummer	
39 Waren er getuigen aanwezig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja: Naam Straat, nr., bus Postcode Gemeente - Land Soort (2)	

LETSEL	
40	Hoe is de getroffen(e) (fysiek of psychisch) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwondingen hebben veroorzaakt (bv.: 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; botsing; 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 (bv.: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).
41	Soort letsel (1) Code (1):
42	Verwond deel van het lichaam (1) Code (1):

VERZORGING	
43	Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, datum: uur: min.: Hoedanigheid van de verstrekker: Omschrijving van de verstrekte zorgen:
44	Werden medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, datum: uur: min.: Identificatienummer bij het RIZIV van de externe geneesheer (3): Naam en voornaam van de externe geneesheer: Straat, nummer, bus: Postcode: Gemeente:
45	Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, datum: uur: min.: Identificatienummer bij het RIZIV van het ziekenhuis (3): Benaming van het ziekenhuis: Straat, nummer, bus: Postcode: Gemeente:

GEVOLGEN	
46	Gevolgen van het ongeval: <input type="checkbox"/> geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien <input type="checkbox"/> geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien <input type="checkbox"/> tijdelijke arbeidsongeschiktheid <input type="checkbox"/> bestendige arbeidsongeschiktheid te voorzien <input type="checkbox"/> overlijden, datum van overlijden: - -
47	Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum: - - uur: min.:
48	Waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen

PREVENTIE	
49	Is er een beheer met preventiedepartementen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, nummer van het preventiedepartement waarvan de getroffen(e) afhangt:
50	Getroffen preventiemaatregelen om de herhaling van een dergelijk ongeval te vermijden: Code (1): Code (1):
51	Bedrijfseigen risicocodes:
52	Aantal arbeiders en bedienden tewerkgesteld in de onderneming op het einde van het trimester vóór het ongeval: Arbeiders : Bedienden :
53	Aantal arbeidsdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van het trimester vóór het ongeval door de arbeiders: arbeidsdagen; door de bedienden: arbeidsdagen.
54	Anciënniteit in de beroeps categorie: in het gewone beroep: in de onderneming: in de uitbatingszetel:

VERGOEDING	
55	Is de getroffen(e) aangesloten bij de RSZ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo neen, geef de reden:
56	Werknemerscode van de sociale verzekering: Indien niet gekend, vermeld de beroeps categorie: <input type="checkbox"/> arbeider <input type="checkbox"/> bediende <input type="checkbox"/> dienstbode <input type="checkbox"/> leerling met leercontract <input type="checkbox"/> andere (te bepalen):
57	Betreft het een tewerkstelling van een leerling in opleiding tot ondernemingshoofd? <input type="checkbox"/> ja (ga naar vraag 69) <input type="checkbox"/> neen
58	Paritair comité - Benaming: Nummer:
59	Type van arbeidsovereenkomst: <input type="checkbox"/> voltijds <input type="checkbox"/> deeltijds
60	Aantal dagen per week van het arbeidsstelsel: dagen en honderdsten
61	Gemiddeld aantal uren per week van de getroffen(e): uren en honderdsten
62	Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon: uren en honderdsten
63	Is de getroffen(e) een gepensioneerde die een beroepsactiviteit blijft uitoefenen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
64	Bezoldigingswijze: <input type="checkbox"/> vaste bezoldiging (ga verder met vraag 65) <input type="checkbox"/> per stuk, per taak of per opdracht (ga naar vraag 67) <input type="checkbox"/> tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 67)
65	Basisbedrag van de bezoldiging: - tijdseenheid: <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> dag <input type="checkbox"/> week <input type="checkbox"/> maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> jaar - in geval van een variabel loon, de cyclus die overeenstemt met de aangegeven tijdseenheid: - totaal van de bezoldigingen en de voordelen onderworpen aan de RSZ zonder overuren, bijkomend vakantiegeld en eindejaarspremie. (Het vermelde bedrag moet overeenstemmen met de tijdseenheid of met de tijdseenheid en de cyclus.): , EUR
66	Eindejaarspremie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, deze bedraagt: <input type="checkbox"/> , % van het jaarloon <input type="checkbox"/> forfaitair bedrag van , EUR <input type="checkbox"/> het loon voor uren
67	Andere voordelen niet geïndiceerd in een andere rubriek: , EUR (Uitgedrukt op jaarbasis) Aard van de voordelen:
68	Is de getroffen(e) van functie veranderd tijdens het jaar dat voorafgaat aan het arbeidsongeval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, datum laatste wijziging functie: - -
69	Aantal verloren arbeidsuren op de dag van het ongeval: , Loonverlies voor de verloren arbeidsuren: , EUR
xx	Erkend Sociaal Secretariaat: Naam: Aansluitingsnr.: Straat, nummer, bus: Postcode: Gemeente:

Aangever (naam en hoedanigheid):	Naam van de preventie-adviseur:
Datum: - -	Datum: - -
Handtekening:	Handtekening:

(1): zie Bijlage IV van hoofdstuk I, titel II uit de Codex Welzijn (K.B. 27 maart 1998)
(2): noteer "R" voor een rechtstreekse getuige, "O" voor een onrechtstreekse getuige
(3): in te vullen indien gekend