

AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Verzekeringsonderneming

Nummer verzekeringspolis: _____

Bijkomende onderverdeling van het polisnummer: _____

Tariefcode van de getroffene (zie verzekeringspolis): _____

Ongevallensteekkaart: jaar _____ nr.

Nummer ongeval bij de verzekeraar:

ASR-nummer: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Stuur dit formulier, binnen de 8 dagen na het ongeval naar de verzekeraar, samen met het medisch attest van eerste verzorging (art. 62 van de 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 de artikelen 26 en 27 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

WERKGEVER	
1	Ondernemingsnummer: _____ RSZ: _____ en bij meerdere vestigingen, vestigingseenheidsnummer : _____
2	Naam en voornaam of handelsnaam:
3	Straat, nummer, bus:
	Postcode: _____ Gemeente:
4	Activiteit van de onderneming:
5	Telefoonnummer van de contactpersoon: _____
6	Bankrekeningnummer (*): IBAN _____ Fin. instelling: BIC _____

GETROFFENE	
7	INSZ (identificatienummer sociale zekerheid) : _____
8	Naam : _____ Voornaam:
9	Geboorteplaats: _____ Geboortedatum: _____
10	Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw Nationaliteit:
11	Hoofdverblijfplaats – Straat, nummer, bus:
	Postcode: _____ Gemeente: _____ Land:
	Correspondentieadres (te vermelden indien verschillend van hoofdverblijfplaats) – Straat, nummer, bus:
	Postcode: _____ Gemeente: _____ Land:
	Telefoonnummer:
12	Taal van de correspondentie met de getroffene: <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Duits
13	Verwantschap met de werkgever: <input type="checkbox"/> geen verwantschap <input type="checkbox"/> eerste graad (ouders en kinderen) <input type="checkbox"/> andere (vb. oom, grootouders)
14	Bankrekeningnummer (*): IBAN _____ Fin. instelling: BIC _____
15	Dimona-nummer van de tewerkstelling: _____
16	Datum van indiensttreding: _____
17	Duurtijd van de arbeidsovereenkomst: <input type="checkbox"/> voor onbepaalde duur <input type="checkbox"/> voor bepaalde duur Is de datum van uitdiensttreding gekend? : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, datum van uitdiensttreding _____
18	Gewoon beroep in de onderneming: _____ ISCO-code: _____ Hoelang oefende de getroffene dit beroep in de onderneming uit? <input type="checkbox"/> minder dan één week <input type="checkbox"/> één week tot één maand <input type="checkbox"/> één maand tot één jaar <input type="checkbox"/> langer dan één jaar
19	Is de getroffene een uitzendkracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming: _____ Naam:
	Adres
20	Werkt de getroffene op het ogenblik van het ongeval in de inrichting van een andere werkgever in het kader van werkzaamheden van een onderneming van buitenaf ⁽¹⁾ ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnummer van deze andere werkgever: _____ Naam:
	Adres

ONGEVAL	
21	Dag van het ongeval: _____ datum: _____-____-____ uur: ____ min.: ____
22	Datum van kennisgeving aan de werkgever: _____ uur: ____ min.: ____
23	Aard van het ongeval: <input type="checkbox"/> arbeidsongeval <input type="checkbox"/> ongeval op de weg naar of van het werk
24	Werkijdregeling van de getroffene op de dag van het ongeval: van ____ u. ____ tot ____ u. ____ en van ____ u. ____ tot ____ u. ____
25	Plaats van het ongeval: <input type="checkbox"/> in de onderneming op het adres vermeld in veld 3 <input type="checkbox"/> op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval? : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> op een andere plaats: Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeld het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kan u het beperken tot de postcode en het werfnummer) Straat, nummer:
	Postcode: _____ Gemeente: _____ land:
	Werknummer: _____
26	Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffene zich toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: 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.) ?
27	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 (bijvoorbeeld: 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.).
28	Bepaal de specifieke activiteit die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: 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 (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).
29	Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval? ⁽²⁾ . <input type="checkbox"/> gebruikelijke werkplek of lokale eenheid <input type="checkbox"/> occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever <input type="checkbox"/> andere werkplek
30	Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bijvoorbeeld: 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 (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).
31	Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ : ____
32	Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ : ____

33 Werd er een proces-verbaal opgesteld? ja neen weet niet
Zo ja, proces-verbaal met identificatienummer opgesteld te
op _____ door

34 Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval?: ja neen weet niet
Zo ja, naam en adres:
naam en adres van de verzekeraar: Polissenummer

35 Waren er getuigen aanwezig?: ja neen weet niet
Zo ja: Naam - Straat, nr., bus - Postcode - Gemeente - Land Soort ⁽⁴⁾
.....
.....
.....

LETSEL

36 Hoe is de getroffene (fysiek of psychisch) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van
belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwondingen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: *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 (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen,
voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).
.....
.....
.....

37 Soort letsel ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

38 Verwond deel van het lichaam ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

VERZORGING

39 Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever? ja neen
Zo ja, datum: _____ uur: ____ min.: ____
Hoedanigheid van de verstreker:
Omschrijving van de verstrekte zorgen:

40 Werden medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer? ja neen weet niet
Zo ja, datum: _____ uur: ____ min.: ____
Identificatienummer bij het RIZIV van de externe geneesheer ⁽⁵⁾:
Naam en voornaam van de externe geneesheer:
Straat, nummer, bus:
Postcode: _____ Gemeente:

41 Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis? ja neen weet niet
Zo ja, datum: _____ uur: ____ min.: ____
Identificatienummer bij het RIZIV van het ziekenhuis ⁽⁵⁾:
Benaming van het ziekenhuis:
Straat, nummer, bus:
Postcode: _____ Gemeente:

GEVOLGEN

42 Gevolgen van het ongeval: geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien
 tijdelijke arbeidsongeschiktheid
 blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien
 overlijden, datum van overlijden: _____

43 Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum _____ uur: ____ min.: ____

44 Datum van de effectieve werkhervatting: _____ Indien het werk nog niet is hervat,
de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen

- (1) Zoals bedoeld in de wetgeving betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk en meer bepaald de afdeling 1 – " Werkzaamheden van ondernemingen van buitenaf" van hoofdstuk IV " Bijzondere bepalingen betreffende werkzaamheden van ondernemingen van buitenaf" van de Wet van 4 augustus 1996.
(2) niet in te vullen indien het een ongeval op de werkdag betreft
(3) zie Bijlage IV van hoofdstuk I, titel II uit de Codex Welzijn (KB 27 maart 1998 betreffende de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk)

PREVENTIE

45 Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffene op het ogenblik van het ongeval?
 geen helm handschoenen veiligheidsbril aangezichtsscherm
 beschermingsvest signalisatiekledij gehoorbescherming veiligheidsschoeisel
 ademhalingsmasker met verse luchttoevoer ademhalingsmasker met filter gewoon mondkapje
 valbeveiliging andere:

46 Getroffen preventiemaatregelen om de herhaling van een dergelijk ongeval te vermijden:
..... Code ⁽³⁾: ____
..... Code ⁽³⁾: ____

47 Bedrijfseigen risicocodes ⁽⁶⁾:

VERGOEDING

48 Is de getroffene aangesloten bij de RSZ? ja neen
Zo neen, geef de reden:

49 Werknemerscode van de sociale verzekering: ____
Indien niet gekend, vermeld de beroeps categorie: arbeider bediende dienstbode
 leerling met leercontract onbezoldigde stagiair andere (te bepalen):

50 Betreft het een tewerkstelling van een leerling in opleiding tot ondernemingshoofd? ja (ga naar vraag 62) neen

51 Paritair (sub)comité - Benaming: Nummer: ____ . ____ . ____

52 Aard van de arbeidsovereenkomst: voltijds deeltijds

53 Aantal dagen per week van het arbeidsstelsel: ____ dagen en ____ honderdsten

54 Gemiddeld aantal uren per week van de getroffene: ____ uren en ____ honderdsten

55 Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon: ____ uren en ____ honderdsten

56 Is de getroffene een gepensioneerd die een beroepsactiviteit blijft uitoefenen? ja neen

57 Bezoldigingswijze: vaste bezoldiging (ga verder met vraag 58)
 per stuk, per taak of per opdracht (ga naar vraag 60)
 tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 60)

58 Basisbedrag van de bezoldiging:
- tijdseenheid: uur dag week maand kwartaal jaar
- In geval van een variabel loon, 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) : € _____ , _____

59 Eindejaarspremie? ja neen
Zo ja, deze bedraagt: ____, ____ % van het jaarloon
 forfaitair bedrag van € _____ , ____
 het loon voor een aantal uren. Aantal uren: ____

60 Andere voordelen niet geïndexieerd in een andere rubriek: € _____ , ____ (uitgedrukt op jaarbasis)
Aard van de voordelen:

61 Is de getroffene van functie veranderd tijdens het jaar dat voorafgaat aan het
arbeidsongeval? ja neen Zo ja, datum laatste functiewijziging: ____-____-____

62 Aantal verloren arbeidsuren op de dag van het ongeval: ____, ____
Loonverlies voor de verloren arbeidsuren: € _____ , _____

Aangever (naam en hoedanigheid): Naam van de preventieadviseur:

Datum _____ Datum _____

Handtekening: Handtekening:

- (4) noteer "R" voor een rechtstreekse getuige, "O" voor een onrechtstreekse getuige
(5) in te vullen indien gekend
(6) facultatief veld.
(*) Verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan u uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities

63 Ziektenfonds – Code of naam : ____
Straat, nummer, bus:
Postcode: ____ Gemeente:

Aansluitingsnummer: