

## AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Verzekeringsonderneming  
 Nummer verzekeringspolis: \_\_\_\_\_  
 Bijkomende onderverdeling van het polisnummer: \_\_\_\_\_  
 Tariefcode van de getroffen(e) (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: _____ of 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 hoofdverblijfplaats) – Straat, nummer, bus: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____ Telefoonnummer: _____
13	Taal van de correspondentie met de getroffen(e): <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 getroffen(e) gewoonlijk zijn beroep uitoefent: _____
23	Werkte de getroffen(e) in het kader van een onderaanneming? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
24	Is de getroffen(e) een uitzendkracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming: _____ of RSZ-nummer van de gebruikende onderneming: _____ activiteit van de gebruikende onderneming: _____ Nace-Bel-code: _____

ONGEVAL	
25	Dag van het ongeval: _____ datum: ____-____-200... 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 getroffen(e) 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 getroffen(e) 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.) ? _____ _____
31	Bepaal de <u>algemene activiteit</u> (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die de getroffen(e) 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.). _____ _____
32	Bepaal de <u>specifieke activiteit</u> die de getroffen(e) 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.) <u>EN</u> de daarbij betrokken <u>voorwerpen</u> (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.). _____ _____
33	Oefende de getroffen(e) 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 <u>gebeurtenissen</u> 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 <u>EN</u> de <u>voorwerpen</u> die daarbij een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.). _____ _____
35	Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid <sup>(1)</sup> : _____ Code <sup>(1)</sup> : ____
36	Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis <sup>(1)</sup> : _____ Code <sup>(1)</sup> : ____
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: _____ 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 <sup>(2)</sup> _____ _____ _____

**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 (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.).  
 .....  
 .....

41 Soort letsel <sup>(1)</sup>: ..... Code <sup>(1)</sup>: .....

42 Verwond deel van het lichaam <sup>(1)</sup>: ..... Code <sup>(1)</sup>: .....

**VERZORGING**

43 Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever?  ja  neen  
 Zo ja, datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ uur: \_\_\_\_ min.: \_\_\_\_  
 Hoedanigheid van de verstrekker: .....  
 Omschrijving van de verstrekte zorgen: .....

44 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 <sup>(3)</sup>: .....  
 Naam en voornaam van de externe geneesheer: .....  
 Straat, nummer, bus: .....  
 Postcode: ..... Gemeente: .....

45 Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis?  ja  neen  weet niet  
 Zo ja, datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ uur: \_\_\_\_ min.: \_\_\_\_  
 Identificatienummer bij het RIZIV van het ziekenhuis <sup>(3)</sup>: .....  
 Benaming van het ziekenhuis: .....  
 Straat, nummer, bus: .....  
 Postcode: ..... Gemeente: .....

**GEVOLGEN**

46 Gevolgen van het ongeval:  geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien  
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien  
 tijdelijke arbeidsongeschiktheid  
 bestendige arbeidsongeschiktheid te voorzien  
 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?  ja  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 <sup>(1)</sup>: .....  
 ..... Code <sup>(1)</sup>: .....

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 werkdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van het trimester vóór het ongeval door de arbeiders: ..... werkdagen; door de bedienden : ..... werkdagen.

54 Anciënniteit in de beroeps categorie: ..... in het gewone beroep: .....  
 in de onderneming: ..... in de uitbatingsetel: .....

**VERGOEDING**

55 Is de getroffen(e) aangesloten bij de RSZ?  ja  neen  
 Zo neen, geef de reden: .....

56 Werknemerscode van de sociale verzekering: \_\_\_\_  
 Indien niet gekend, vermeld de beroeps categorie:  arbeider  bediende  dienstbode  
 leerling met leercontract  andere (te bepalen): .....

57 Betreft het een tewerkstelling van een leerling in opleiding tot ondernemingshoofd?  ja (ga naar vraag 69)  neen

58 Paritair comité - Benaming: ..... Nummer: \_\_\_\_

59 Type van arbeidsovereenkomst:  voltijds  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?  ja  neen

64 Bezoldigingswijze:  vaste bezoldiging (ga verder met vraag 65)  
 per stuk, per taak of per opdracht (ga naar vraag 67)  
 tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 67)

65 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) : € .....

66 Eindejaarspremie?  ja  neen  
 Zo ja, deze bedraagt:  \_\_\_\_ , \_\_\_\_ % van het jaarloon  
 forfaitair bedrag van € ..... , \_\_\_\_  
 het loon voor \_\_\_\_ uren

67 Andere voordelen niet geviseerd in een andere rubriek: € ..... , \_\_\_\_ (uitgedrukt op jaarbasis)  
 Aard van de voordelen: .....

68 Is de getroffen(e) van functie veranderd tijdens het jaar dat voorafgaat aan het arbeidsongeval?  ja  neen Zo ja, datum laatste functiewijziging: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

69 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: .....

<sup>(1)</sup> 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)  
<sup>(2)</sup> noteer "R" voor een rechtstreekse getuige, "O" voor een onrechtstreekse getuige  
<sup>(3)</sup> in te vullen indien gekend