

## AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Verzekeringsonderneming

0039

AXA Belgium nv

Vorstlaan 25 – B-1170 Brussel

tel. 02-622 70 00 - fax 02-678 81 48 - email: [po.ong@axa.be](mailto:po.ong@axa.be)

Nummer verzekeringspolis:

Ongevallensteekkaart: jaar                      nr.

Bijkomende onderverdeling van het polisnummer:

Nummer ongeval bij de verzekeraar:

Tariefcode van de getroffene (zie verzekeringspolis):

ASR-nummer:

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 arbeidsongevalwet 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.

<b>WERKGEVER</b>	
1	Ondernemingsnummer: <span style="float: right;">RSZ:</span> en bij meerdere vestigingen, vestigingseenheidsnummer :
2	Naam en voornaam of handelsnaam:
3	Straat, nummer, bus: Postcode: <input type="checkbox"/> Gemeente:
4	Activiteit van de onderneming:
5	Telefoonnummer van de contactpersoon:
6	Bankrekeningnummer (*): IBAN Fin. instelling: BIC

<b>GETROFFENE</b>	
7	INSZ (identificatienummer sociale zekerheid) :
8	Naam :                      Voornaam:
9	Geboorteplaats:                      Geboortedatum: <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/>



30	Welke <u>gebeurtenissen</u> die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bijvoorbeeld: <i>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.</i> ). 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.).	
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, proces-verbaal met identificatienummer opgesteld te op door	
34	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	
35	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 (4)	

<b>LETSEL</b>		
36	Hoe is de getroffene (fysiek of psychisch) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid <u>alle verschillende contacten</u> die de verwondingen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: <i>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.</i> ) <u>EN</u> de daarbij <u>betrokken voorwerpen</u> (bijvoorbeeld: <i>gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.</i> ).	
37	Soort letsel (3) :	Code (3):
38	Verwond deel van het lichaam (3) :	Code (3):

<b>VERZORGING</b>		
39	Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, datum: <input type="checkbox"/> uur: <input type="checkbox"/> min.: <input type="checkbox"/> Hoedanigheid van de verstrekker: Omschrijving van de verstrekte zorgen:	
40	Werden medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, datum: <input type="checkbox"/> uur: <input type="checkbox"/> min.: <input type="checkbox"/> Identificatienummer bij het RIZIV van de externe geneesheer (5): <input type="checkbox"/> Naam en voornaam van de externe geneesheer: Straat, nummer, bus: Postcode: <input type="checkbox"/> Gemeente:	
41	Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, datum: <input type="checkbox"/> uur: <input type="checkbox"/> min.: Identificatienummer bij het RIZIV van het ziekenhuis (5): Benaming van het ziekenhuis: Straat, nummer, bus: Postcode: <input type="checkbox"/> Gemeente:	

GEVOLGEN	
42	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"/> blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien <input type="checkbox"/> overlijden, datum van overlijden:
43	Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum <input type="checkbox"/> uur:      min.:
44	Datum van de effectieve werkherhvatting: Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid:      dagen

PREVENTIE	
45	Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffene op het ogenblik van het ongeval? <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> helm <input type="checkbox"/> handschoenen <input type="checkbox"/> veiligheidsbril <input type="checkbox"/> aangezichtsscherm <input type="checkbox"/> beschermingsvest <input type="checkbox"/> signalisatiekledij <input type="checkbox"/> gehoorbescherming <input type="checkbox"/> veiligheidsschoeisel <input type="checkbox"/> ademhalingsmasker met verse luchttoevoer <input type="checkbox"/> ademhalingsmasker met filter <input type="checkbox"/> gewoon mondmasker <input type="checkbox"/> valbeveiliging <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo neen, geef de reden:
49	Werknemerscode van de sociale verzekering: Indien niet gekend, vermeld de beroepscategorie: <input type="checkbox"/> arbeider <input type="checkbox"/> bediende <input type="checkbox"/> dienstbode <input type="checkbox"/> leerling met leercontract <input type="checkbox"/> onbezoldigde stagiair <input type="checkbox"/> andere (te bepalen):
50	Betreft het een tewerkstelling van een leerling in opleiding tot ondernemingshoofd? <input type="checkbox"/> ja (ga naar vraag 62) <input type="checkbox"/> neen
51	Paritair (sub)comité - Benaming:      Nummer:
52	Aard van de arbeidsovereenkomst: <input type="checkbox"/> voltijds <input type="checkbox"/> deeltijds
53	Aantal dagen per week van het arbeidsstelstel:      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 gepensioneerde die een beroepsactiviteit blijft uitoefenen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
57	Bezoldigingswijze: <input type="checkbox"/> vaste bezoldiging (ga verder met vraag 58) <input type="checkbox"/> per stuk, per taak of per opdracht (ga naar vraag 60) <input type="checkbox"/> tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 60)
58	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, 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) : € <input type="checkbox"/>

59	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 € <input type="checkbox"/> het loon voor een aantal uren. Aantal uren:
60	Andere voordelen niet geïndiceerd 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:

63	Ziekenfonds: Code of naam :      □□ Straat, nummer, bus: Postcode:            Gemeente: Aansluitingsnummer:
----	---

(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 arbeidsweg 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)

(4) 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)

(5) noteer “R” voor een rechtstreekse getuige, “O” voor een onrechtstreekse getuige

(6) in te vullen indien gekend

(7) facultatief veld.

(\*) Verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan u uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities