



FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN

AANSCHRIJVING NR. 2005/6

2005-10-19

Het nieuw model van aangifte van arbeidsongeval

Mijnheer de Directeur

Met de aanschrijving 2004/8 van 10 november 2004 werd u geïnformeerd over het aangiftemodel van arbeidsongeval dat vanaf 1 januari 2005 wordt gebruikt.

Ondertussen zijn door het koninklijk besluit van 24 februari 2005 houdende diverse bepalingen ter bestrijding van de ernstige arbeidsongevallen en vereenvoudiging van de arbeidsongevallenaangiften (*B.S. 14 maart 2005*) de tabellen "*E. –Aard van het letsel*" en "*F. – Plaats van het letsel*" van de bijlage IV van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, vervangen door de Europese classificatietabellen, respectievelijk "*E. –Soort letsel*" en "*F –Verwond deel van het lichaam*". Deze komen voor in de vakken 41 en 42 van het aangifteformulier.

De wijzigingen treden in werking voor de ongevallen overkomen vanaf 1 januari 2006.

De invoering van deze Europese classificatietabellen zal een betere informatievergaring toelaten en is een nieuwe stap in de Europese harmonisering van de ongevallencijfers.

Als bijlage vindt u het nieuw model van aangifte voor de ongevallen overkomen vanaf 1 januari 2006 zoals vastgesteld door het beheerscomité van het Fonds.

Zoals reeds meegedeeld in de aanschrijving 2004/8 is een vereenvoudigd aangifteformulier niet beschikbaar op papier maar kan een vereenvoudigde aangifte elektronisch gebeuren via de portaalsite van de Sociale Zekerheid. Voor de portaalsite van de Sociale Zekerheid zullen de diensten van het Fonds instaan voor de verwezenlijking van de aanpassingen.

De administrateur-generaal,

M. DEPOORTERE

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 1° 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	Datum 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	Werktijdsregeling 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 algemene activiteit (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 specifieke activiteit 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.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (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 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.).
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: 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 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.).

41 Soort letsel ⁽¹⁾: Code ⁽¹⁾:

42 Verwond deel van het lichaam ⁽¹⁾: Code ⁽¹⁾:

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 ⁽³⁾:
 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 ⁽³⁾:
 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 getroffene 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 getroffene 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 getroffene: ____ uren en ____ honderdsten

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

63 Is de getroffene 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 geïndiceerd in een andere rubriek: € ____ , ____ (uitgedrukt op jaarbasis)
 Aard van de voordelen:

68 Is de getroffene 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):

 Datum ____-____-____

Naam van de preventieadviseur:

 Datum ____-____-____

Handtekening:
 Handtekening:

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