



FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN

AANSCHRIJVING NR.2007/5

19.10.2007

Nieuw formulier voor de volledige aangifte van een arbeidsongeval vanaf 2008 – tijdelijke toevoeging van een rubriek Ziekenfonds

Geachte heer directeur,

Samen met de aanschrijving 2007/4 van 9 juli 2007 hebben wij u het modelformulier voor de ongevallenaangifte overgebracht dat van toepassing is op de arbeidsongevallen vanaf 1 januari 2008. In dat formulier werd het veld 15 met betrekking tot het ziekenfonds van het slachtoffer geschrapt. Er werd immers verwacht dat de stromen tussen de verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen eind 2007 in productie zouden worden gebracht. Deze stromen zouden de gegevens uit de aangifte automatisch naar het ziekenfonds van het slachtoffer moeten versturen.

Ondertussen heeft het stuurcomité van het project besloten dat deze stromen eind 2007 nog niet in productie gebracht kunnen worden. Dit zal pas gebeuren in de loop van het eerste semester 2008.

In afwachting heeft het beheerscomité van het Fonds voor Arbeidsongevallen beslist om in het aangifteformulier voorlopig een rubriek over de gegevens van het ziekenfonds van het slachtoffer te behouden. Zo kunnen de verzekeringsondernemingen hun verplichtingen tegenover de ziekenfondsen nakomen. Deze rubriek bevindt zich onderaan het formulier (veld 63) dat u ingesloten vindt. Dit veld zal verdwijnen zodra de stromen met de ziekenfondsen operationeel zijn.

De adjunct-administrateur-generaal,

J. De Baets

Bijlagen

- Aangifteformulier arbeidsongeval (volledige aangifte), te gebruiken voor de aangiften die zich vanaf 1 januari 2008 voordoen zolang de stromen met de ziekenfondsen nog niet operationeel zijn;
- Vereenvoudigd aangifteformulier, ter illustratie.

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: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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 getroffen(e): <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 getroffen(e) 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 getroffen(e) een uitzendkracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming: _____ Naam: _____ Adres: _____
20	Werkt de getroffen(e) 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: ____-____-20____ 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	Werktijdsregeling van de getroffen(e) 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: _____ Werfnummer: _____
26	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.)?
27	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.).
28	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.) EN de daarbij betrokken <u>voorwerpen</u> (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 <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 EN 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 ⁽⁵⁾ : _____ Code ⁽³⁾ : ____

AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL
(model voor de aangifte van de ongevallen met minder dan 4 dagen ongeschiktheid tot gevolg)

Verzekeringsonderneming
 Nummer verzekeringspolis: _____
 Bijkomende onderverdeling van het polisnummer: _____

ASR-nummer: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Dit model gebruiken indien het ongeval minder dan 4 dagen tijdelijke arbeidsongeschiktheid veroorzaakt.
 Stuur dit formulier, binnen 10 werkdagen na het ongeval en vanaf het moment dat de getroffen(e) het werk reeds heeft hervat naar de verzekeringsinstelling, samen met het medisch attest van eerste verzorging.

WERKGEVER	
1	Ondernemingsnummer: _____ RSZ-nummer: _____ en bij meerdere vestigingen, vestigingseenheidsnummer: _____
2	Naam+voornaam of handelsnaam: _____
3	Straat, nummer, bus: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____
4	Activiteit van de onderneming: _____

LETSEL	
37	Aard van het letsel ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾ : ____
38	Plaats van het letsel ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾ : ____

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 adres hoofdverblijfplaats) – Straat, nummer, bus: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____
12	Taal van de correspondentie met de getroffen(e): <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Duits
15	Dimona-nummer van de tewerkstelling: _____
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: ____-____-____

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
43	Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum ____-____-____ uur: ____ min.: ____
44	Datum van werkhervatting: ____-____-____

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	Werktijdsregeling van de getroffen(e) 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, vermeldt 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: _____ Wurfnummer: _____
[26]	Uitgebreide beschrijving van de omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval:
27,	(Waar bevond de getroffen(e) zich toen het ongeval zich voordeed? Bepaal de <u>activiteit</u> – zowel de algemene als de
28,	specifieke – die de getroffen(e) aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed <u>EN</u> de daarbij betrokken
30,	voorwerpen. Welke <u>gebeurtenissen</u> hebben tot het ongeval geleid? Hoe is de getroffen(e) (fysiek of psychisch) <u>gewond</u>
36]	geraakt?) _____ _____ _____ _____
31	Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid ⁽¹⁾ : Code ⁽¹⁾ : ____
32	Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis ⁽¹⁾ : Code ⁽¹⁾ : ____

VERGOEDING	
(indien de ongeschiktheid beperkt is tot de dag van het ongeval, dienen enkel de velden met de nummers 49 en 62 ingevuld te worden)	
48	Is de getroffen(e) aangesloten bij de RSZ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, wat is de werkgeverscategorie: ____ Zo neen, geef de reden: _____
49	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"/> 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 arbeidsstelsel: ____ dagen en ____ honderdsten
54	Gemiddeld aantal uren per week van de getroffen(e): ____ uren en ____ honderdsten
55	Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon: ____ uren en ____ honderdsten
56	Is de getroffen(e) 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 62) <input type="checkbox"/> tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 62)
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): € _____, _____
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: ____
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: _____

⁽¹⁾ zie Bijlage IV van hoofdstuk I, titel II uit de Codex Welzijn (K.B. 27/3/1998)

63	Ziekfonds – Code of naam: ____ Straat, nummer, bus: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____ Aansluitingsnummer: _____
----	--