

OCCUPATIONAL ACCIDENT DECLARATION FORM IN DUTCH

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, 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:
	Werknummer: _____
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; warehouse; 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: <i>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.</i>)
28	Bepaal de <u>specifieke activiteit</u> die de getroffen(e) aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: <i>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.</i>) <u>EN</u> de daarbij betrokken <u>voorwerpen</u> (bijvoorbeeld: <i>gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.</i>)
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: <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: <i>gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.</i>)
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: Polisnummer

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 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)

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 mondk masker
 valbeveiliging andere:

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

..... Code (3):

47 Bedrijfs-eigen 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 gepensioneerde 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 geveiseerd 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):
.....
.....
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 Ziekenfonds – Code of naam :
Straat, nummer, bus:
Postcode: Gemeente:

Aansluitingsnummer:

OCCUPATIONAL ACCIDENT DECLARATION FORM IN FRENCH

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Entreprise d'assurances :
 Numéro de police d'assurance :
 Subdivision supplémentaire du numéro de police :
 Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) :

Fiche d'accident : année ____ n°
 Numéro d'accident chez l'assureur :
 Numéro DRS : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Envoyez ce formulaire dans les huit jours qui suivent l'accident à l'assureur avec, à l'appui, l'attestation médicale de premiers soins (*art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et AR du 12 mars 2003*).

Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés aux articles 26 et 27 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

EMPLOYEUR	
1	Numéro d'entreprise : _____ Numéro ONSS : _____ et, en cas de plusieurs établissements, numéro d'unité d'établissement : _____
2	Nom et prénom ou raison commerciale :
3	Rue/numéro/boite :
4	Code postal : _____ Commune :
5	Activité de l'entreprise :
6	Numéro de téléphone de la personne de contact : _____
6	Numéro de compte bancaire(*): IBAN _____ _____
	Etablissement financier : BIC _____

VICTIME	
7	NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : _____
8	Nom : Prénom :
9	Lieu de naissance : Date de naissance : _____
10	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité :
11	Résidence principale – Rue/numéro/boite : Code postal : _____ Commune : Pays :
	Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) – Rue/numéro/boite : Code postal : _____ Commune : Pays :
	Numéro de téléphone :
12	Langue de correspondance avec la victime : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand
13	Parenté avec l'employeur : <input type="checkbox"/> pas parent(e) <input type="checkbox"/> au premier degré (parents et enfants) <input type="checkbox"/> autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
14	Numéro de compte bancaire(*): IBAN _____ Etablissement financier : BIC _____
15	Numéro Dimona de l'emploi : _____
16	Date d'entrée en service : _____
17	Durée du contrat de travail : <input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée La date de sortie de service est-elle connue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de sortie de service: _____
18	Profession habituelle dans l'entreprise : Code CITP : _____ Durée d'exercice de cette profession par la victime dans l'entreprise : <input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> d'une semaine à un mois <input type="checkbox"/> d'un mois à un an <input type="checkbox"/> plus d'un an
19	La victime est-elle intérimaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise utilisatrice: _____ Nom: Adresse:
20	Au moment de l'accident, la victime travaillait-elle dans l'établissement d'un autre employeur dans le cadre de travaux effectués par une entreprise extérieure ? ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, numéro d'entreprise de l'entreprise de cet autre employeur: _____ Nom: Adresse:

ACCIDENT	
21	Jour de l'accident : date : ____-____-20____ heure : ____ min : ____
22	Date de notification à l'employeur : heure : ____ min : ____
23	Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> accident sur le chemin du travail
24	Horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____.
25	Lieu de l'accident: <input type="checkbox"/> dans l'entreprise à l'adresse mentionnée au champ 3 <input type="checkbox"/> sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à un autre endroit: Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier) Rue/numéro/boite : Code postal : _____ Commune : Pays :
26	Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit (p.ex., aire de maintenance, chantier de construction d'un tunnel, lieu d'élevage de bétail, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, etc.) ?
27	Précisez l' <u>activité générale</u> (le type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit (p. ex., transformation de produits, stockage, terrassement, construction ou démolition d'un bâtiment, tâches de type agricole ou forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage)
28	Précisez l' <u>activité spécifique</u> de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex., remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
29	A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> poste de travail habituel ou unité locale habituelle <input type="checkbox"/> poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur <input type="checkbox"/> autre poste de travail
30	Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.) ? . Précisez tous ces faits <u>ET</u> les <u>objets</u> impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
31	Dernière déviation qui a conduit à l'accident : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ : _____
32	Agent matériel de cette déviation : ⁽³⁾ Code ⁽³⁾ : _____

33 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? oui non réponse inconnue
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification et a été rédigé à
le par

34 Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? oui non réponse inconnue
Si oui, nom et adresse :
nom et adresse de l'assureur : Numéro de police :

35 Y a-t-il eu des témoins ? oui non réponse inconnue
Si oui, Nom - Rue/numéro/boite - Code postal - Commune - Pays Sorte⁽⁴⁾ :

LÉSION

36 Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p.ex., contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.)
ET les objets impliqués, (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)
.....
.....

37 Nature de la lésion ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

38 Localisation de la lésion ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ :

SOINS

39 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non
Si oui, date : heure : .. min : ..
Qualité du dispensateur :
Description des soins dispensés :

40 Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? oui non réponse inconnue
Si oui, date : heure : .. min : ..
numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI ⁽⁵⁾ :
nom et prénom du médecin externe :
rue/numéro/boite :
code postal : commune :

41 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? oui non réponse inconnue
Si oui, date : heure : .. min : ..
numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI ⁽⁵⁾ :
dénomination de l'hôpital :
rue/numéro/boite :
code postal : commune :

CONSÉQUENCES

42 Conséquences de l'accident : pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès :

43 Cessation de l'activité professionnelle – date : heure : .. min : ..

44 Date de reprise effective du travail : S'il n'y a pas encore eu reprise,
durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

- (1) au sens de la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et, particulièrement, de la section 1^{re} « Travaux d'entreprises extérieures » du chapitre IV « Dispositions spécifiques concernant les travaux effectués par des entreprises extérieures » de la loi du 4 aout 1996
- (2) ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail
- (3) voir l'annexe IV du chapitre I^{er}, titre II, du code sur le bien-être (AR du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail)

PRÉVENTION

45 De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
 aucun casque gants lunettes de sécurité écran facial
 veste de protection tenue de signalisation protection de l'ouïe chaussures de sécurité
 masque respiratoire avec apport d'air frais masque respiratoire à filtre masque antiseptique
 protection contre les chutes autre :

46 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
..... Code ⁽³⁾ :

..... Code ⁽³⁾ :

47 Codes risques propres à l'entreprise ⁽⁶⁾ :

INDEMNISATION

48 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non
Si non, donnez-en le motif :

49 Code du travailleur de l'assurance sociale :
S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : ouvrier employé employé de maison
 apprenti sous contrat stagiaire non rémunéré autre (à préciser) :

50 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 62) non

51 Commission (sous-)paritaire – dénomination : numéro :

52 Nature du contrat de travail : à temps plein à temps partiel

53 Nombre de jours par semaine du régime de travail : .. jours et .. centièmes

54 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la victime : .. heures et .. centièmes

55 Nombre moyen d'heures par semaine concernant la personne de référence : .. heures et .. centièmes

56 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non

57 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 58)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 60)
 à la commission (totalement ou partiellement) (passez à la question 60)

58 Montant de base de la rémunération :
- unité de temps : heure jour semaine mois trimestre année
- en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée :
- total des rémunérations et des avantages assujettis à l'ONSS, sans heures supplémentaires, pécule de vacances complémentaire et prime de fin d'année (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) : €

59 Prime de fin d'année ? oui non
Si oui, montant :
 .. %, .. % de la rémunération annuelle
 montant forfaitaire de €
 rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures :

60 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € (exprimés sur base annuelle)
Nature des avantages :

61 La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? oui non
Si oui, date du dernier changement de fonction :

62 Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : .., ..
Perte salariale pour les heures de travail perdues : €

Déclarant (nom et qualité) : Nom du conseiller en prévention :

Date : Date :

Signature : Signature :

(4) mentionnez « D » pour un témoin direct et « I » pour un témoin indirect
(5) à compléter si la donnée est connue
(6) champ facultatif.
(*) Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

63 Mutuelle – Code ou nom :
Rue/n°/boite :
Code postal : Commune :

Numéro d'affiliation :