



AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Versie 1/1/2020

Verzekeringsonderneming
0039
AXA Belgium nv
Troonplein 1 – 1000 BRUSSEL
email: cwc@axa.be

Nummer verzekeringspolis: Ongevallensteekkaart: jaar nr.
Bijkomende onderverdeling van het polisnummer: Nummer ongeval bij de verzekeraar:
Tariefcode van de getroffen(e) (zie verzekeringspolis): ASR-nummer: xxxxx

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 arbeidsongeval-
lenwet 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.

verplicht in te vullen velden

| WERKGEVER | |
|-----------|--|
| 1 | Ondernemingsnummer: <input type="checkbox"/> RSZ: 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 |

| GETROFFENE | |
|------------|--|
| 7 | INSZ (identificatienummer sociale zekerheid) : <input type="checkbox"/> |
| 8 | Naam : <input type="checkbox"/> Voornaam: <input type="checkbox"/> |
| 9 | Geboorteplaats: Geboortedatum: <input type="checkbox"/> |
| 10 | Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw Nationaliteit: <input type="checkbox"/> |
| 11 | Hoofdverblijfplaats: Straat, nummer, bus: <input type="checkbox"/> Postcode: <input type="checkbox"/> Gemeente: <input type="checkbox"/> Land: <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Fin. instelling: BIC <input type="checkbox"/> |
| 15 | Dimona-nummer van de tewerkstelling: |
| 16 | Datum van indiensttreding: <input type="checkbox"/> |



| | |
|----|--|
| 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: <input type="checkbox"/> Hoelang oefende de getroffene 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 getroffene een uitzendkracht? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming: <input type="checkbox"/> Naam: Adres |
| 20 | Werkt de getroffene 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 checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnummer van deze andere werkgever: Naam: Adres |

| ONGEVAL | |
|---------|---|
| 21 | Dag van het ongeval: datum: <input type="checkbox"/> uur: <input type="checkbox"/> min.: <input type="checkbox"/> |
| 22 | Datum van kennisgeving aan de werkgever: <input type="checkbox"/> uur: <input type="checkbox"/> min.: <input type="checkbox"/> |
| 23 | Aard van het ongeval: <input checked="" type="checkbox"/> arbeidsongeval <input checked="" type="checkbox"/> ongeval op de weg naar of van het werk |
| 24 | Werktijdsregeling van de getroffene op de dag van het ongeval: van u. <input type="checkbox"/> tot u. <input type="checkbox"/> en van u. <input type="checkbox"/> tot u. |
| 25 | Plaats van het ongeval: <input checked="" type="checkbox"/> in de onderneming op het adres vermeld in veld 3 <input checked="" type="checkbox"/> op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input checked="" type="checkbox"/> op een andere plaats: <i>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)</i> Straat, nummer: Postcode: Gemeente: land: Wurfnummer: |
| 26 | Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffene 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.) ? <input type="checkbox"/> |
| 27 | Bepaal de <u>algemene activiteit</u> (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die de getroffene 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.). <input type="checkbox"/> |
| 28 | Bepaal de <u>specifieke activiteit</u> die de getroffene 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.). <input type="checkbox"/> |
| 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 <u>EN</u> de <u>voorwerpen</u> die daarbij een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.). [REDACTED] | |
| 31 | Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid ⁽³⁾ : | Code ⁽³⁾ : [REDACTED] |
| 32 | Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis ⁽³⁾ : | Code ⁽³⁾ : [REDACTED] |
| 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⁾ | |

LETSEL

| | | |
|----|---|----------------------------------|
| 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: 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.) <u>EN</u> de daarbij <u>betrokken voorwerpen</u> (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.). [REDACTED] | |
| 37 | Soort letsel ⁽³⁾ : | Code ⁽³⁾ : [REDACTED] |
| 38 | Verwond deel van het lichaam ⁽³⁾ : | Code ⁽³⁾ : [REDACTED] |

VERZORGING

| | | |
|----|---|--|
| 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: 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 tewerkstelling met aangepast werk (verminderde prestaties of in een andere functie, zonder loonverlies) vanaf/...../20..... <input type="checkbox"/> tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid vanaf/...../20..... Uur: Min.: <input type="checkbox"/> blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien <input type="checkbox"/> overlijden, datum van overlijden: |
| | Stopzetting van de beroepsactiviteit – datum <input type="checkbox"/> uur: min.: |
| 44 | Datum van de effectieve werkhervatting in de oorspronkelijke werkpost/functie: Indien het werk nog niet volledig is hervat in de oorspronkelijke werkpost/functie, de waarschijnlijke duur van de volledige of gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen |

| PREVENTIE | |
|-----------|---|
| 45 | Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffen 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 getroffen 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 beroeps categorie: <input type="checkbox"/> arbeider <input type="checkbox"/> bediende <input type="checkbox"/> dienstbode <input type="checkbox"/> leerling/stagiair RSZ onderworpen <input type="checkbox"/> leerling/stagiair niet-RSZ onderworpen <input type="checkbox"/> andere (te bepalen): |
| 50 | Indien leerling/stagiair niet-RSZ onderworpen, type van stage of vorming : <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 > ga verder naar vraag 62 |
| 51 | Paritair (sub)comité - Benaming: Nummer: <input type="checkbox"/> |
| 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: uren en honderdsten |
| 55 | Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon: uren en honderdsten |
| 56 | Is de getroffen 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 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Straat, nummer, bus: Postcode: <input type="text"/> Gemeente: <input type="text"/> Aansluitingsnummer: <input type="text"/> |
|----|---|

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

(5) in te vullen indien gekend

(6) facultatief veld.