

AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

Tariefcode van de getroffen(e) (zie verzekeringsspolis):

Nr. verzekeringspolis:

Nr. ongeval bij de verzekeraar

Ongevallensteekkaart: jaar nr.:

WERKGEVER	1	Ondernemingsnr.: <input type="text"/> RSZ-nr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> en bij meerdere vestigingen, vestigingseenheidsnr. <input type="text"/>	
	2	Naam en voornaam of handelsnaam: <input type="text"/>	
	3	Straat, nr., bus: <input type="text"/> Postcode <input type="text"/> Gemeente, Land: <input type="text"/>	
	4	Activiteit van de onderneming: <input type="text"/>	
	5	Telefoonnr. van de contactpersoon: <input type="text"/>	
	6	Bankrekeningnr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
GETROFFENE	7	INSZ (identificatienr. sociale zekerheid): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	8	Naam: <input type="text"/> Voornaam: <input type="text"/>	
	9	Geboorteplaats: <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	10	Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw Nationaliteit: <input type="text"/>	
	11	Hoofdverblijfplaats: Straat, nr., bus: <input type="text"/> Postcode <input type="text"/> Gemeente, Land: <input type="text"/> Correspondentieadres (te vermelden indien verschillend van hoofdverblijfplaats) Straat, nr., bus: <input type="text"/> Postcode <input type="text"/> Gemeente, Land: <input type="text"/> Telefoonnummer: <input type="text"/>	
	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 (bijv. oom, grootouders)	
	13'	Ziektefonds - Code of naam: <input type="text"/> Aansluitingsnr.: <input type="text"/> Straat, nr., bus: <input type="text"/> Postcode <input type="text"/> Gemeente, Land: <input type="text"/>	
	14	Bankrekeningnr.: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	15	Dimona-nr. van de tewerkstelling: <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	16	Datum van indiensttreding: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	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 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	18	Gewoon beroep in de onderneming: <input type="text"/> ISCO-code: <input type="text"/> 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, ondernemingsnr. van de gebruikende onderneming: <input type="text"/> Naam: <input type="text"/> Adres: <input type="text"/>	
	20	Werkt de getroffen(e) op het ogenblik van het ongeval in de inrichting van een andere werkgever ⁽¹⁾ ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, het ondernemingsnr. van deze andere werkgever: <input type="text"/> Naam: <input type="text"/> Adres: <input type="text"/>	
	ONGEVAL	21	Dag van het ongeval: <input type="text"/> datum: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 20 <input type="text"/> uur: <input type="text"/> min: <input type="text"/>
		22	Datum van kennisgeving aan de werkgever: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 20 <input type="text"/> uur: <input type="text"/> min: <input type="text"/>
23		Aard van het ongeval: <input type="checkbox"/> arbeidsongeval <input type="checkbox"/> ongeval op de weg naar of van het werk	
24		Werkijdregeling van de getroffen(e) op de dag van het ongeval: van <input type="text"/> h <input type="text"/> tot <input type="text"/> h <input type="text"/> en van <input type="text"/> h <input type="text"/> tot <input type="text"/> h <input type="text"/>	
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 dan de onderneming: Indien u een van de twee laatste keuzes hebt aangeduid, vermeld het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kunt u het beperken tot de postcode en het werfnummer) Straat, nr., bus: <input type="text"/> Postcode <input type="text"/> Gemeente, Land: <input type="text"/> Wurfnummer: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
26		Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffen(e) zich toen het ongeval zich voordeed? (*) <input type="text"/>	
27		Bepaal de <u>algemene activiteit</u> (soort werk) die de getroffen(e) aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed. (*) <input type="text"/>	
28		Bepaal de <u>specifieke activiteit</u> die de getroffen(e) aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed en de betrokken <u>voorwerpen</u> . (*) <input type="text"/>	
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? Vermeld ook de betrokken <u>voorwerpen</u> . (*) <input type="text"/>	
31		Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid ⁽³⁾ : <input type="text"/> Code ⁽³⁾ : <input type="text"/>	
32		Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis ⁽³⁾ : <input type="text"/> Code ⁽³⁾ : <input type="text"/> - <input type="text"/>	
33		Werd er een proces-verbaal opgesteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet Zo ja, PV-nr.: <input type="text"/> opgesteld in <input type="text"/> op <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 20 <input type="text"/> door <input type="text"/>	
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: <input type="text"/> Naam en adres van de verzekeraar: <input type="text"/> Polisnr.: <input type="text"/>	

