

Koninklijk besluit van 8 oktober 1998 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 26 februari 1997, gesloten in het Paritair Comité voor de opvoedings- en huisvestingsinrichtingen, houdende maatregelen ter bevordering van de tewerkstelling in de sector van de opvoedings- en huisvestingsinrichtingen — "ONE" — Franse Gemeenschap, bl. 40923.

Koninklijk besluit van 8 oktober 1998 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 4 november 1997, gesloten in het Paritair Comité voor de opvoedings- en huisvestingsinrichtingen, betreffende de tewerkstelling en de arbeidsduur, bl. 40927.

Koninklijk besluit van 8 oktober 1998 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 10 juni 1997, gesloten in het Paritair Comité voor de vlasbereiding, betreffende het halflijds brugpensioen, bl. 40929.

Koninklijk besluit van 12 oktober 1998 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 10 juni 1997, gesloten in het Paritair Comité voor de vlasbereiding, betreffende de onderbreking van de beroepsloopbaan, bl. 40931.

Koninklijk besluit van 13 november 1998 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de beslissing van 15 september 1998 van het Paritair Comité voor de vlasbereiding betreffende de vervanging van de feestdagen van 1 mei 1999, 15 augustus 1999 en 25 december 1999, bl. 40933.

#### *Arbitragehof*

Arrest nr. 121/98 van 3 december 1998, bl. 40937.

Urteil Nr. 121/98 vom 3. Dezember 1998, S. 40941.

#### *Gemeenschaps- en Gewestregeringen*

#### *Vlaamse Gemeenschap*

#### *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap*

Besluit van de Vlaamse regering van 10 november 1998 houdende vaststelling van de lijst van subsidiabele vrijwilligersactiviteiten, bl. 40945.

Arrêté royal du 8 octobre 1998 rendant obligatoire la convention collective de travail du 26 février 1997, conclue au sein de la Commission paritaire des maisons d'éducation et d'hébergement, portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur des maisons d'éducation et d'hébergement — ONE — Communauté française, p. 40923.

Arrêté royal du 8 octobre 1998 rendant obligatoire la convention collective de travail du 4 novembre 1997, conclue au sein de la Commission paritaire des maisons d'éducation et d'hébergement, relative à l'emploi et au temps de travail, p. 40927.

Arrêté royal du 8 octobre 1998 rendant obligatoire la convention collective de travail du 10 juin 1997, conclue au sein de la Commission paritaire de la préparation du lin, relative à la prépension à mi-temps, p. 40929.

Arrêté royal du 12 octobre 1998 rendant obligatoire la convention collective de travail du 10 juin 1997, conclue au sein de la Commission paritaire de la préparation du lin, relative à l'interruption de la carrière professionnelle, p. 40931.

Arrêté royal du 13 novembre 1998 rendant obligatoire la décision du 15 septembre 1998 de la Commission paritaire de la préparation du lin relative au remplacement des jours fériés du 1<sup>er</sup> mai 1999, du 15 août 1999 et du 25 décembre 1999, p. 40933.

#### *Cour d'arbitrage*

Arrêt n° 121/98 du 3 décembre 1998, p. 40934.

#### *Schiedshof*

#### *Gouvernements de Communauté et de Région*

#### *Communauté flamande*

#### *Ministère de la Communauté flamande*

Arrêté du Gouvernement flamand du 10 novembre 1998 établissant la liste des activités bénévoles subventionnables, p. 40947.

## WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

#### MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 98 — 3454

[C - 98/22779]

4 DECEMBER 1998. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 1971 tot vaststelling van het model en de termijn van aangifte van een arbeidsongeval

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, inzonderheid op artikel 62, vierde lid, gewijzigd door de wet van 24 december 1976;

Gelet op het koninklijk besluit van 28 december 1971 tot vaststelling van het model en de termijn van aangifte van een arbeidsongeval, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 19 juli 1976, 15 oktober 1976, 4 januari 1977, 23 februari 1981, 16 januari 1990 en 17 december 1992, inzonderheid op artikel 1 en de bijlagen I en III;

Gelet op de adviezen van het Beheerscomité van het Fonds voor arbeidsongevallen van 16 september 1996 en 15 juni 1998;

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 98 — 3454

[C - 98/22779]

4 DECEMBRE 1998. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 1971 établissant le modèle et le délai de déclaration d'accident du travail

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, notamment l'article 62, alinéa 4, modifié par la loi du 24 décembre 1976;

Vu l'arrêté royal du 28 décembre 1971 établissant le modèle et le délai de déclaration d'accident du travail, modifié par les arrêtés royaux des 19 juillet 1976, 15 octobre 1976, 4 janvier 1977, 23 février 1981, 16 janvier 1990 et 17 décembre 1992, notamment l'article 1<sup>er</sup> et les annexes I et III;

Vu les avis du comité de gestion du Fonds des accidents du travail des 16 septembre 1996 et 15 juin 1998;

Gelet op het advies van de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het werk van 15 september 1998;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen door de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat onverwijd de nodige wijzigingen moeten aangebracht worden aan het model van ongevallenangifte en aan de opgavestaat van de brutobezoldigingen, enerzijds met het oog op de mogelijkheid om de lonen aan te geven in euro en anderzijds ingevolge de inwerkingtreding van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk;

Overwegende dat de nieuwe modellen snel ter beschikking moeten gesteld worden, zodat de verzekeraars en de werkgevers de nodige administratieve maatregelen kunnen treffen ter uitvoering van deze bepalingen;

Op de voordracht van onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In het koninklijk besluit van 28 december 1971 tot vaststelling van het model en de termijn van aangifte van een arbeidsongeval wordt een artikel 1bis ingevoegd, luidend als volgt:

« Artikel 1bis. In de bijlage I, bedoeld in artikel 1, eerste lid, worden, voor wat betreft de aangifte van arbeidsongevallen overkomen aan de zeelieden bedoeld in artikel 76 van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 :

1° in de rubriek "werkgever" de vermeldingen onder nummer 4 vervangen door de volgende vermeldingen: "Klasse en kenmerken van het schip waarop het arbeidsongeval gebeurde:";

2° in de rubriek "getroffene" de vermeldingen onder nummer 18 vervangen door de volgende vermeldingen : "beroepscategorie (2) : []reder []zeeman []andere (te bepalen)." »

**Art. 2.** In hetzelfde besluit wordt een artikel 1ter ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 1ter. Indien de aangifte van het arbeidsongeval een uitzendkracht betreft, vermeldt de werkgever in het formulier bedoeld in artikel 1, eerste lid, na de vermeldingen onder nummer 3 de gegevens die van toepassing zijn op de gebruiker bij wie de uitzendkracht werkt op het ogenblik van zijn arbeidsongeval. »

**Art. 3.** De bijlage I gevoegd bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 19 juli 1976, 15 oktober 1976, 23 februari 1981, 16 januari 1990 en 22 januari 1993, wordt vervangen door de bijlage 1 die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 4.** De bijlage III gevoegd bij hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 19 juli 1976, wordt vervangen door de bijlage 2 die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1999, met uitzondering van artikel 2 dat in werking treedt op 1 januari 2000.

De formuleren overeenstemmend met het model van de bijlage I, bedoeld in artikel 1, eerste lid, en van de bijlage III, bedoeld in artikel 1, derde lid, van hetzelfde besluit, zoals deze van kracht zijn op 31 december 1998, mogen verder benut worden tot uitputting van de voorraad en dit ten laatste tot 30 juni 1999. In dat geval dient de werkgever die lonen aangeeft in euro, dit uitdrukkelijk te vermelden bij het invullen van de rubriek "bezoldigingen" van de bijlage I en van de bijlage III.

**Art. 6.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 december 1998.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
Mevr. M. DE GALAN

Vu l'avis du Conseil supérieur pour la Prévention et la Protection au travail du 15 septembre 1998;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il importe d'apporter sans délai les modifications nécessaires au modèle de déclaration d'accident du travail et au relevé des rémunérations brutes, d'une part en vue de la possibilité de déclarer les rémunérations en euro et d'autre part comme suite à l'entrée en vigueur de la loi du 4 août 1996 relative au bien être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;

Considérant que les nouveaux modèles doivent être rapidement mis à disposition, de sorte que les assureurs et les employeurs puissent prendre les mesures administratives nécessaires pour l'exécution de ces dispositions;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'arrêté royal du 28 décembre 1971 établissant le modèle et le délai de déclaration d'accident du travail est inséré un article 1bis, rédigé comme suit :

« Article 1bis. Dans l'annexe I, visée à l'article 1<sup>er</sup>, premier alinéa, en ce qui concerne la déclaration d'accidents du travail survenus aux gens de mer visés à l'article 76 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail :

1° les mentions sous le numéro 4 dans la rubrique "employeur" sont remplacées par les mentions suivantes : "Classe et caractéristiques du navire où l'accident est survenu:";

2° les mentions sous le numéro 18 dans la rubrique "victime" sont remplacées par les mentions suivantes : "catégorie professionnelle (2) : []armateur []marin []autre (à préciser)". »

**Art. 2.** Dans le même arrêté un article 1ter est inséré, rédigé comme suit :

« Art. 1ter. Dans le cas où la déclaration de l'accident du travail concerne un travailleur intérimaire, l'employeur mentionne, dans le formulaire visé à l'article 1<sup>er</sup>, premier alinéa, après les indications reprises au numéro 3, les données applicables à l'utilisateur chez qui le travailleur intérimaire est occupé au moment de son accident de travail. »

**Art. 3.** L'annexe I jointe au même arrêté, modifiée par les arrêtés royaux des 19 juillet 1976, 15 octobre 1976, 23 février 1981, 16 janvier 1990 et 22 janvier 1993, est remplacée par l'annexe 1 jointe au présent arrêté.

**Art. 4.** L'annexe III jointe au même arrêté, insérée par l'arrêté royal du 19 juillet 1976, est remplacée par l'annexe 2 jointe au présent arrêté.

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur au 1 janvier 1999, à l'exception de l'article 2, qui entre en vigueur au 1 janvier 2000.

Les formules conformes au modèle figurant à l'annexe I, visée à l'article 1<sup>er</sup>, premier alinéa et à l'annexe III, visée à l'article 1<sup>er</sup>, troisième alinéa du même arrêté, peuvent continuer à être utilisées, telles qu'elles sont en vigueur au 31 décembre 1998, jusqu'à épuisement du stock et cela au plus tard jusqu'au 30 juin 1999. Dans ce cas, l'employeur qui déclare des rémunérations en euro, doit le mentionner expressément en complétant la rubrique "rémunérations" à l'annexe I et à l'annexe III.

**Art. 6.** Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 4 décembre 1998.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,  
Mme M. DE GALAN

## AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

BIJLAGE I

VERZEKERAAAR   

naam \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

Ongevallesteekkaart: Jaar    nr. \_\_\_\_\_Nr. verzekeringspolis (1):     Ongevalsnummer:    Aard van het ongeval (2):  arbeidsongeval  ongeval op de weg naar of van het werk

OPGELET: Dit formulier moet binnen 10 werkdagen na het ongeval, samen met het medisch attest van eerste verzorging, naar de verzekeraar en naar de inspecteur bevoegd inzake de arbeidsveiligheid, worden opgestuurd (cfr. art. 62 arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 en art. 1 K.B. 28 december 1971). Hoe U de technische inspectie op de hoogte moet brengen van een ernstig ongeval, vindt u in artikel 26 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk (B.S. 31 maart 1998).

1	Naam/voornaam of handelsnaam: _____ Tel.: _____
2	Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Aard van de onderneming: _____ NACE-BEL-code (3): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Activiteit van de afdeling, werk, sectie, dienst waar het ongeval gebeurd is: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Nr aansluiting bij de H.V.K.Z. _____ N.P.M. _____ R.S.Z. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
W E R K G E V E R	6 Rekening bij een financiële instelling: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 7 Jaarlijkse vakantiekas - Benaming of code: _____ Aansluitingsnummer: _____ 8 Kinderbijlagsfonds - Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Benaming of code: _____ Aansluitingsnummer: _____ 9 Externe dienst belast met het medisch Benaming of code: _____ Aansluitingsnummer: _____ toezicht of arbeidsgeneesheer - Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 Aantal arbeiders en bedienden tewerkgesteld in de onderneming op het einde van de maand vóór het ongeval: Arbeiders : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bedienden : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 Aantal arbeidsdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van de maand vóór het ongeval door de arbeiders: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> arbeidsdagen, door de bedienden : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> arbeidsdagen.
G E T R O F E N E	12 Naam/voornamen (gehuwde vrouw : meisjesnaam en naam v.d. echtgenoot): _____ 13 Geboorteplaats: _____ Geboortedatum (4): <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Geslacht: <input type="checkbox"/> Nationaliteit: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 a) Hoofdverblijfplaats - Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) Correspondentieadres - Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 Graad of aard van verwantschap met de werkgever: _____ Burgerlijke stand: _____ Taal: <input type="checkbox"/> 16 Inschrijvingnummer in het personeelsregister: _____ Datum van indiensttreding (4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 17 Nummer bij het kinderbijlagsfonds: _____ Rijksregisternummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18 Beroepscategorie (2): <input type="checkbox"/> arbeider <input type="checkbox"/> bediende <input type="checkbox"/> leerling met leercontract <input type="checkbox"/> dienstbode <input type="checkbox"/> uitzendkracht <input type="checkbox"/> andere (te bepalen) _____ 19 Atelier, werk, sectie, dienst, departement of afdeling waar de getroffene gewoonlijk zijn beroep uitvoert: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tariefcode (1): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 Gewoon beroep in de onderneming: _____ I.S.C.O. code (3): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21 Aanleentijd in de beroepscategorie: _____ in de onderneming: _____ in de uitbatingszetel: _____ in dit beroep: _____ 22 Ziekenfonds van de getroffene - , Naam of code: _____ Aansluitingsnummer: _____ Straat/nummer/bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O N G E V A L	23 Dag van het ongeval: _____ datum (4): <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> uur : <input type="checkbox"/> min : <input type="checkbox"/> 24 Dag van de kennisgeving aan de werkgever: _____ datum (4): <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> uur : <input type="checkbox"/> min : <input type="checkbox"/> 25 Door de getroffene te presteren uren op de dag van het ongeval: van _____ tot _____ uur en van _____ tot _____ uur 26 Plaats van het ongeval: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 Oefende de getroffene op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewoon beroep ? (2) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Zo neen, welke bezigheid oefende hij uit ? _____ Omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval (zie keerzijde rubriek PREVENTIE) 28 Materiële oorzaken (agens): _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29 Vorm van het ongeval: _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30 Proces-verbaal opgesteld te _____ op (4) / / door _____ 31 Naam en adres van de eventuele aansprakelijke: _____ 32 en van zijn verzekeraar: _____ Polisnummer: _____ 33 Getuigen : _____ Naam: _____ Straat / nr. / bus: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____ _____ _____

<b>L E T S E L S</b>	34	Eerste zorgen verstrekt door _____ op (4) ____ / ____ / ____ om ____ uur		
	35	Behandelende geneesheer Naam: _____ Adres: _____		
	36	Ziekenhuis - Naam: _____ Adres: _____		
	37	Letsel - Aard (5)(6): _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	38	Gevolgen van het ongeval (2)(6): _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	39	<input type="checkbox"/> overlijden		
	40	<input type="checkbox"/> de getroffene heeft het werk niet onderbroken		
	41	<input type="checkbox"/> de getroffene heeft het werk onderbroken op (4) ____ / ____ / ____ om ____ uur voor een waarschijnlijke duur van <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dagen (6)		
	42	<input type="checkbox"/> een medisch attest wordt aan de aangifte toegevoegd		
	43	<input type="checkbox"/> het medisch attest zal op (4) ____ / ____ / ____ verzonden worden		
44	de voorziened blijvende ongeschiktheid bedraagt (6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %.			

<b>P R E V E N T I E</b>	45	Uitgebreide beschrijving van de omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval:		
	46	- Waar was het slachtoffer tewerkgesteld ? _____ Onderaanmerking (2): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		
	47	- Waarmee was het bezig ? _____		
	48	- Hoe heeft het ongeval zich voorgedaan ? _____		
	49	- Wat zijn de materiële oorzaken ervan ? _____		
	50	Preventiemaatregelen die getroffen werden of te treffen zijn om gelijkaardige ongevallen te vermijden: _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

51 Aangever (naam en hoedanigheid): \_\_\_\_\_ Naam van de preventieadviseur (7): \_\_\_\_\_

52 Datum (4): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum (4): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
Handtekening (7): \_\_\_\_\_

Munteenheid (2)(●); <input type="checkbox"/> BEF <input type="checkbox"/> EUR						
<b>B E Z O D I G I N G E N</b>	53	Erkend sociaal secretariaat - Naam: _____ Aansluitingsnummer: _____				
	54	Straat / Nr / Bus: _____ Gemeente: _____ Postcode: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	55	Paritair comité				
	56	Benaming: _____ Nummer: _____				
	57	Is de getroffene aangesloten bij de RSZ, het NPM of de HVKZ? (2) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen				
	58	Zo neen, geef de reden: _____				
		De getroffene werkt (2) <input type="checkbox"/> volttijds <input type="checkbox"/> deeltijds				
		Brutoloon	63	Ontvangt de getroffene premies? (2) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	67	Welke voordelen ontvangt de getroffenen in natura? (2) <input type="checkbox"/> ontbijt <input type="checkbox"/> avondmaal <input type="checkbox"/> middagmaal <input type="checkbox"/> inwoning Andere voordelen (aard en waarde preciseren) _____ (●)
	59	per uur _____ (●)	64	Zo ja, aard, bedrag en periodiciteit noteren van de premies voortvloeiend uit collectieve arbeidsovereenkomsten: _____ (●)	68	Datum vanaf welke het gewaarborgd loon wordt betaald (4) ____ / ____ / ____
	60	per dag _____ (●)	65	Zo ja, aard, bedrag en periodiciteit noteren van de andere premies betaald door de werkgever: _____ (●)		
61	per maand _____ (●)	66	Werkuren die de getroffene niet heeft verricht op de dag van de onderbreking van het werk.			
62	Aantal dagen en uren dat de getroffene wekelijks presteert:					
	Aantal dagen	Aantal uren	Aantal uren	Correspondent loon (●)		

(1) Deze informatie vindt u in uw verzekeringsscontract.

(2) Aankruisen wat van toepassing is.

(3) Te vermelden door de werkgever indien hij over deze informatie beschikt.

(4) Dag / maand / jaar.

(5) Deze informatie vindt u in de tabellen van de bijlage IV van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de Interne Dienst voor preventie en bescherming op het werk (B.S. 31 maart 1998).

(6) Deze informatie vindt u op het bijgevoegde medisch attest.

(7) Indien dit document ook als ongevallensteekkaart dient, wordt het medeonderdertekend door de preventieadviseur. Het is ook hij die de getroffenen te treffen preventiemaatregelen invult (eventueel na de verzending aan de verzekeraar).

(●) Onmisbaar gegeven ter aanduiding van de gekozen munteenheid voor de vermelding van alle bedragen in de punten 59 tot 68.

## DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

ANNEXE I

ASSUREUR nom adresse Fiche d'accident: année  N° N° Police d'assurance (1): N° accident: Nature de l'accident (2):  accident du travail  accident sur le chemin du travail

ATTENTION : Ce document complété ainsi qu'un certificat médical de premiers soins doivent être adressés à l'assureur et à l'inspecteur compétent en matière de sécurité du travail dans un délai de 10 jours ouvrables après l'accident (cfr. art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et art. 1 A.R. 28/12/71). Pour les modalités d'envoi des accidents graves à l'inspection technique, voir l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

<b>E M P L O Y E U R</b>	1	Norm/prénoms ou raison sociale: <input type="text"/>	Tél.: <input type="text"/>	
	2	Rue/numéro/boîte: <input type="text"/>	Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>	
	3	Objet de l'entreprise: <input type="text"/>	Code NACE-BEL (3): <input type="text"/>	
	4	Activité de la division, chantier, section, service où l'accident est survenu: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/>	
	5	N° d'affiliation à C.P.S.M. <input type="text"/> F.R.N.O.M. <input type="text"/> O.N.S.S. <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	6	N° de compte auprès d'un organisme financier: <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	7	Caisse de vacances annuelles - Dénomination ou code: <input type="text"/>	N° d'affiliation: <input type="text"/>	
	8	Caisse de compensation pour allocations familiales - Rue/numéro/boîte: <input type="text"/> Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>	Dénomination ou code: <input type="text"/> N° d'affiliation: <input type="text"/>	
	9	Service externe chargé de la surveillance médicale ou médecin du travail - Rue/numéro/boîte: <input type="text"/> Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>	Dénomination ou code: <input type="text"/> N° d'affiliation: <input type="text"/>	
	10	Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du mois précédent l'accident: Ouvriers: <input type="text"/> Employés: <input type="text"/>		
	11	Nombre de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédent l'accident par les ouvriers: <input type="text"/> jours de travail, par les employés: <input type="text"/> jours de travail.		
<b>V I C T I M E</b>	12	Nom/prénoms (femme mariée : nom de jeune fille et de l'époux): <input type="text"/>		
	13	Lieu de naissance: <input type="text"/>	Date de naissance (4): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe: <input type="checkbox"/> Nationalité: <input type="text"/>	
	14	a) Résidence principale - Rue/numéro/boîte: <input type="text"/> Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>		
	b) Adresse de correspondance - Rue/numéro/boîte: <input type="text"/> Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>			
	15	Degré ou nature de parenté avec l'employeur: <input type="text"/> Etat civil: <input type="text"/> Langue: <input type="checkbox"/>		
	16	N° d'inscription au registre du personnel: <input type="text"/> Date d'entrée (4): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	17	Numéro auprès de la caisse pour allocations familiales: <input type="text"/> Numéro du Registre national: <input type="text"/>		
	18	Catégorie professionnelle (2): <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti sous contrat <input type="checkbox"/> domestique <input type="checkbox"/> intérimaire <input type="checkbox"/> autre (à préciser) <input type="text"/>		
	19	Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/>	Code tarif (1): <input type="text"/>
	20	Profession habituelle dans l'entreprise <input type="text"/>		Code CITP (3): <input type="text"/>
	21	Ancienneté dans la catégorie professionnelle: <input type="text"/> dans l'entreprise: <input type="text"/> dans le siège d'exploitation: <input type="text"/> dans la profession: <input type="text"/>		
	22	Mutuelle de la victime - Nom ou code: <input type="text"/> Numéro d'affiliation: <input type="text"/> Rue/numéro/boîte: <input type="text"/> Commune: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>		
<b>A C C I D E N T</b>	23	Jour de l'accident: <input type="text"/> date (4): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>		
	24	Jour de la déclaration à l'employeur: <input type="text"/> date (4): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> heure: <input type="text"/> min: <input type="text"/>		
	25	Heures à préster par la victime le jour de l'accident: de <input type="text"/> h. à <input type="text"/> h. et de <input type="text"/> h. à <input type="text"/> h.		
	26	Lieu de l'accident: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/>		
	27	Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa profession habituelle ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, quelle occupation exerçait-elle ? <input type="text"/>		
	28	Circonstances de l'accident et ses causes matérielles (voir au verso rubrique Prévention)		
	29	Causes matérielles (agent): <input type="text"/> Code (5): <input type="text"/>		
	30	Forme de l'accident: <input type="text"/> Code (5): <input type="text"/>		
	31	Procès-verbal dressé à <input type="text"/> le (4) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> par <input type="text"/>		
	32	Nom et adresse du responsable éventuel: <input type="text"/> et de son assureur: <input type="text"/> N° police: <input type="text"/>		
	33	Témoins: Nom <input type="text"/> Rue/numéro/boîte <input type="text"/> Code postal <input type="text"/> Commune <input type="text"/>		

<b>L E S I O N S</b>  <b>P R E V E N T I O N</b>	34	Premiers soins donnés par _____	le (4) ____ / ____ / ____ à ____ heures		
	35	Médecin traitant - Nom: _____	Adresse: _____		
	36	Etablissement hospitalier - Nom: _____	Adresse: _____		
	37	Lésion - Nature (5)(6): _____	Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Siège (5)(6): _____	Code (5): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	38	Conséquence de l'accident (2)(6):			
	39	<input type="checkbox"/> décès			
	40	<input type="checkbox"/> la victime n'a pas interrompu le travail			
	41	<input type="checkbox"/> la victime a interrompu le travail le (4) ____ / ____ / ____ à ____ h. pour une durée probable de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jours (6)			
	42	<input type="checkbox"/> un certificat médical est joint à la déclaration			
	43	<input type="checkbox"/> un certificat médical sera envoyé le (4) ____ / ____ / ____			
44	Pourcentage d'incapacité permanente prévue (6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %.				

51 Déclarant (nom et qualité): \_\_\_\_\_ Nom du conseiller en prévention (7): \_\_\_\_\_  
 52 Date (4): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date (4): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Signature (7): \_\_\_\_\_

Devise (2)(●): <input type="checkbox"/> BEF <input type="checkbox"/> EUR						
<b>R E M U N E R A T I O N S</b>	53	Secrétariat social reconnu - Nom: _____	N°d'affiliation: _____			
	54	Rue / numéro / boîte: _____	Commune: _____	Code postal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	55	Commission paritaire - Dénomination: _____	Numéro: _____			
	56	La victime est-elle affiliée à l'ONSS, au FNROM ou à la CPSM ? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	57	Si non, mentionner la raison: _____				
	58	La victime travaille (2) <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel.				
		Salaire brut	63	La victime bénéficie-t-elle de primes? (2) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	67	De quels avantages en nature la victime bénéficie-t-elle? (2) <input type="checkbox"/> déjeuner <input type="checkbox"/> souper <input type="checkbox"/> dîner <input type="checkbox"/> logement
	59	par heure _____ (●)	64	Si oui, préciser la nature, le montant et la périodicité des primes résultant de conventions collectives: _____ _____ (●)	68	Autres avantages (préciser genre et valeur) _____ (●)
	60	par jour _____ (●)	65	Si oui, préciser la nature, le montant et la périodicité des autres primes payées par l'employeur: _____ _____ (●)	69	Date à partir de laquelle est payé le salaire garanti: (4) ____ / ____ / ____
	61	par mois _____ (●)	66	Heures de travail non prestées par la victime le jour de l'arrêt de travail.		
62	Nombre hebdomadaire de jours et heures de travail de la victime:		Nombre d'heures	Rémunération correspondante (●)		
	Jours	Heures				

(1) Pour répondre à ces questions, consulter votre contrat d'assurance.

(2) Cocher ce qui convient.

(3) A mentionner par l'employeur s'il dispose de cette information.

(4) Les dates sont en: jour/mois/année.

(5) Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux constituant l'annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au Service interne pour la Prévention et la Protection au Travail (M.B. 31 mars 1998).

(6) Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale en annexe.

(7) Si ce document sert aussi de fiche d'accident, il doit être cosigné par le conseiller en prévention. Celui-ci remplit également les mesures prises ou à prendre pour prévenir les accidents (éventuellement après l'envoi à l'assureur).

(●) Donnée indispensable - déterminant le choix de la devise unique dans laquelle sont repris tous les montants des points 59 à 68.

**- Bijlage III -**

Betelingsperioden		Aantal dagen		Uurtoon		Periodieke brutobezoldigingen		Opmerkingen	
		Bezoldigde	Niet bezoldigde Afwezigheden	Onderworpen aan de R.S.Z.	Voor de dagen in kolommen 2 en 3 voordelen in natura, premies, gratificaties, enz.	Niet onderworpen Toegiften diverse premies, enz.	Reden of aard van de gegevens verstrekt in kolommen 10-11 (vermelden of de premies contractueel of loevallig zijn uitgekeerd)		
			a a n t a i	(●) (●)	(●) (●)	(●) (●)	(●) (●)	(●) (●)	(●) (●)
		1	2	3	4	5	6	7	8
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
van	tot	...	...	...	...	...	...	...	...
Totalen :									

DATUM :  
**AANGEVER** (hoedanigheid aanduiden, zo deze niet de werkgever is) :  
 HANDTEKENING :

N.B. Een afschrift van de individuele rekening bijvoegen, voor zover deze alle inlichtingen bevat die op deze loostaat voorkomen ; in voorbeeld gevallen is het niet nodig bijlage III in te vullen.

## - Annexe III -

		Nombre de jours		Salaire horaire		Rémunérations périodiques brutes		Observations	
				Sousmises à l'O.N.S.S.		Pour les journées en colonnes 2 et 3		Non soumises	
Périodes de paiement	Rémunérées	Non rémunérées		Avantages en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.		Motif ou nature des éléments fournis dans les colonnes 10-11 (préciser caractère contractuel ou occasionnel des primes)	
		Absences		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
		Motifs		Sousmises à l'O.N.S.S.		Non soumises		Maladie, accident, intempéries, chômage, grève, convenance personnelle, etc.	
		n o m b e		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
		vacances annuelles		Sousmises à l'O.N.S.S.		Non soumises			
		feries légales		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
		de l'entreprise		Sousmises à l'O.N.S.S.		Non soumises			
		de la victime ou ouvrier similaire		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
		de la victime ou ouvrier similaire		Sousmises à l'O.N.S.S.		Non soumises			
		feries légales		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
		de l'entreprise		Sousmises à l'O.N.S.S.		Non soumises			
		de la victime ou ouvrier similaire		Pour les journées en nature, primes, gratifications etc.		Libéralités, primes diverses, etc.			
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....	
du .....	au .....	.....		.....		.....		.....</td	