

<input type="checkbox"/> ELECTRABEL <input type="checkbox"/> CONTRACTANT (firmanaam)	VASTSTELLING VAN EEN ARBEIDSONGEVAL⁽¹⁾	<u>Datum en tijdstip</u> .../.../..... u...	
1. Persoonlijke gegevens van het slachtoffer			
Naam: Voornaam: Leeftijd: jaar Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		<input type="checkbox"/> Zone:GDP - Doel - Tihange - Noord - Sud - M&S - Hoofdzetel - Laborelec <input type="checkbox"/> Entiteit:..... <input type="checkbox"/> Dienst:.....	
Ziekenfonds (+ adres): INSZ (Rijksregisternummer): _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _			
2. Ongeval			
<input type="checkbox"/> Arbeidsongeval <input type="checkbox"/> Ongeval op weg van of naar het werk Gaat het om een verkeersongeval? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Dag: Datum: .../.../..... Tijdstip:u..... Straat - Nr. - Plaats (specificeer locatie):..... Postcode: Gemeente:		Was het slachtoffer op zijn/haar gebruikelijke werkplek? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Was het slachtoffer uitzonderlijk op een andere werkplek? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → Indien ja, waarom?..... Tijdstip van de werkonderbreking: ...u...	
3. Beschrijving van het ongeval			
Omschrijf waar het slachtoffer zich bevond op het moment van het ongeval (bv. werf, machinezaal, kantoor, magazijn, bij een klant, enz.):..... Beschrijf welke activiteit of taak het slachtoffer uitvoerde op het moment van het ongeval (bv. constructie, verplaatsing, onderhoudswerken, funderingen leggen, afbraak, enz.):..... Beschrijf nauwkeurig de omstandigheden die aanleiding hebben gegeven tot het ongeval (bv. uitglijden, controle verloren over een voertuig, verkeerde beweging, agressie, gevaarlijk product, enz.) evenals ALLE voorwerpen die bij het ongeval een rol hebben gespeeld (bv. gereedschap, uitrusting, voorwerpen, instrumenten, enz.):.....		Beschrijf wat het slachtoffer deed op het moment van het ongeval (bv. een ladder beklimmen, zitten, lopen, een gemotoriseerd voertuig besturen, enz.):.....	
4. Verantwoordelijke derde: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Naam: Voornaam: Adres: Telefoon:		Nummer verzekeringspolis: Betrokken voertuig (inschrijving – merk – type): Indien PV, nummer:..... Opgesteld door op .../.../...	
5. Getuigen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Andere
Naam			
Voornaam			
Adres			
Taal			
6. Zorgverlening			
Werd er medische hulp verleend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ter plekke – door wie? <input type="checkbox"/> Door een geneesheer (naam, adres + RIZIV-nummer): <input type="checkbox"/> In een ziekenhuis – welk? (naam + adres):.....		Tijdstip van de hulpverlening: ...u... in de hoedanigheid van: <input type="checkbox"/> verpleger <input type="checkbox"/> hulpverlener	

(1)De vaststelling en het medisch attest die aan IDPB worden overgemaakt volstaan als ongevalverklaring jegens de werkgever.

Het is raadzaam uw ziekenfonds op de hoogte te brengen van dit ongeval.

