

**F/L-004**Federale politie
Lokale politie**ARBEIDSONGEVAL****1 GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR HET DIENSTHOOFD****Gegevens van het personeelslid**

NAAM		Voornaam	
Identificatienummer			
Statutair	Contractueel		
Nummer van de PZ		Federale politie	

Gegevens over het arbeidsongeval

Datum van het arbeidsongeval		Nummer van het arbeidsongeval	
Begindatum van de laatst uitgeoefende functie			
Consolidatiedatum			

Arbeidsongeschiktheid

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid	Blijvende arbeidsongeschiktheid
----------------------------------	---------------------------------

Tijdelijke ongeschiktheid: bepaling van de toelage tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Vereffening van de geldelijke rechten (na vaststelling van de consolidatiedatum)

Voor de periode van _____ tot _____.	
Aantal dagen volledig tijdelijk arbeidsongeschikt	
Aantal dagen gedeeltelijk tijdelijk arbeidsongeschikt	
→ Het personeelslid werkte in het stelsel van verminderde prestaties wegens ziekte van _____ tot _____.	

Voorafgaande vereffening van de rechten (na een periode van 4 maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid)

Voor de periode van _____ tot _____.
→ _____dagen volledig tijdelijk arbeidsongeschikt
→ _____dagen gedeeltelijk tijdelijk arbeidsongeschikt (verminderde prestaties wegens ziekte)

Als het personeelslid op het ogenblik van het arbeidsongeval zijn functie gedurende minder dan twee maanden uitoefent, dient het SSGPI zich bij de berekening van de toelage – tijdelijke arbeidsongeschiktheid te baseren op de onregelmatige prestaties die een collega, tewerkgesteld in een dergelijke functie en met dezelfde mate van inzetbaarheid, heeft uitgevoerd zodat de referentieperiode als representatief kan worden beschouwd. Hierbij dient men rekening te houden met de prestaties die deze collega heeft gepresteerd over een volledig kalenderjaar.

(gelieve hieronder de naam en het identificatienummer van een collega van het personeelslid dat het slachtoffer is geworden van het arbeidsongeval te vermelden)

NAAM		Voornaam	
Identificatienummer			

2 RUBRIEK VOORBEHOUDEN AAN HET DIENSTHOOFD DGR/DRP/PMS/RISKS OF DE PERSONEELSVERANTWOORDELIJKE

Naam		Functie		
Datum		Handtekening		
Decentralisatiemodel		Base	Light	Full

3 PROCEDUREHet formulier **F/L-004** maakt u op in **1 exemplaar** en maakt u elektronisch over aan de bevoegde satelliet van **SSGPI**.**4 OPMERKING**

Wanneer de datum van consolidatie niet vermeld wordt op het formulier F/L-004, zal het SSGPI NIET overgaan tot vereffening van de geldelijke rechten (uitzondering: bij zware arbeidsongevallen worden evenwel anticipatieve vereffeningen toegestaan na periodes van 4 maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid).