

**F/L-004**Police fédérale
Police locale**ACCIDENT DE TRAVAIL****1 DONNEES A REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE****Données relatives au membre du personnel**

NOM		Prénom	
Numéro d'identification			
Statutaire		Contractuel	
Numéro de la ZP		Police fédérale	

Données relatives à l'accident de travail

Date de l'accident de travail		Numéro de l'accident de travail	
Date de début de la dernière fonction exercée			
Date de consolidation			

Incapacité de travail

Incapacité de travail temporaire	Incapacité de travail permanente
----------------------------------	----------------------------------

Incapacité temporaire: détermination de l'allocation de l'incapacité de travail temporaire

Liquidation des droits pécuniaires (après détermination de la date de consolidation)

Pour la période du _____ au _____

Nombre de jours incapacité de travail temporaire complète	
--	--

Nombre de jours incapacité de travail temporaire partielle	
---	--

→ Le membre du personnel travaillait dans le régime des prestations réduites pour maladie du _____ au _____

Liquidation anticipative des droits (après une incapacité de travail ininterrompue de 4 mois).

Pour la période du _____ au _____.

→ ____ jours d'incapacité de travail temporaire **complète**→ ____ jours d'incapacité de travail temporaire **partielle** (prestations réduites pour maladie)

Lorsque le membre du personnel exerce sa fonction depuis moins de deux mois au moment de son accident de travail, le SSGPI doit, lors du calcul de l'allocation – incapacité de travail temporaire, se baser sur les prestations irrégulières qu'un collègue, employé dans le même genre de fonction et avec la même mesure de disponibilité, a effectuées, de sorte que la période de référence puisse être considérée comme représentative. Il faut tenir compte des prestations que ce collègue a effectuées sur une année calendrier complète.

(veuillez mentionner ci-dessous le nom et le numéro d'identification d'un collègue du membre du personnel victime de l'accident de travail)

NOM		Prénom	
Numéro d'identification			

2 RUBRIQUE RESERVEE AU CHEF DE SERVICE DE DGR/DRP/PMS/RISKS OU LE RESPONSABLE DU PERSONNEL

Nom		Fonction				
Date		Signature				
Modèle de décentralisation		Base		Light		Full

3 PROCEDUREVous complétez le formulaire **F/L-004** en **1 exemplaire** et vous le transmettez électroniquement au satellite compétent du **SSGPI**.**4 REMARQUE**

Lorsque la date de consolidation n'est pas mentionnée sur le formulaire F/L-004, le SSGPI NE procédera PAS à la liquidation des droits pécuniaires (exception: en cas d'accidents graves, des liquidations anticipatives sont cependant permises après des périodes d'incapacité de travail ininterrompues de 4 mois).