

**F/L-004**Police fédérale  
Police locale**ACCIDENT DE TRAVAIL**NOUVELLE DEMANDE  
RECTIFICATION

Indiquez brièvement les modifications :

**1 DONNEES A REMPLIR****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**

Numéro de l'accident de travail			
Date de l'accident de travail			
Date de début de la dernière fonction exercée			
Date de consolidation			
Personne de référence (*)	Nom		
	Prénom		
	N° d'identification		

(\*) 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.

**Incapacité de travail****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 :	Pourcentage absence :	%

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

Pour la période du	au	Nombre de jours :	Pourcentage absence :	%

<b>Incapacité permanente</b>		
------------------------------	--	--

Pourcentage de l'incapacité	%	
-----------------------------	---	--

Est-ce que la rédaction de l'attestation de rémunération est nécessaire ?	Oui	Non
---	-----	-----

<b>La décision du Medex</b>		
-----------------------------	--	--

<input type="checkbox"/>	Je joins la décision du Medex concernant cet accident de travail.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Je ne joins pas la décision du Medex mais je reprends ci-dessous (via l'outil capture d'écran) les informations nécessaire concernant l'accident de travail (taux d'incapacité permanente, date de consolidation, liste des absences reçues qui sont en rapport (médical) causal avec l'accident de travail, liste des absences reçues qui ne sont pas en rapport (médical) avec l'accident de travail,...). ⇒ Numéro de référence de la lettre de Medex :
--------------------------	---

--

<b>2 RUBRIQUE RESERVEE AU RESPONSABLE DE LA CELLULE DE DGR/DRP-P/RISKS OU LE RESPONSABLE DU PERSONNEL DE LA ZONE DE POLICE</b>		
--	--	--

Nom	
-----	--

Fonction	
----------	--

Date	
------	--

Signature	
-----------	--

Modèle de décentralisation		Base		Light		Full
----------------------------	--	------	--	-------	--	------

<b>3 PROCEDURE</b>		
--------------------	--	--

Vous complétez le formulaire <b>F/L-004</b> en <b>1 exemplaire</b> et vous le transmettez électroniquement au satellite compétent du <b>SSGPI</b> .		
---	--	--

<b>4 REMARQUE</b>		
-------------------	--	--

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).		
--	--	--