



11 MAI 2005

## FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CIRCULAIRE N° 2005/4

### **Complément à la circulaire n° 2004/8 - Modèle de déclaration d'accident du travail en langue allemande**

---

Monsieur le Directeur,

Par la circulaire n° 2004/8 du 10 novembre 2004, on vous a présenté le modèle de déclaration à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Vous trouverez en annexe le modèle de déclaration d'accident du travail en langue allemande, qui constitue un complément à cette circulaire.

L'administrateur général,

M. Depoortere

# ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Versicherungsunternehmen:

Nummer der Versicherungspolice: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer: \_\_\_\_\_

Taricode des Opfers (siehe Versicherungspolice): \_\_\_\_\_

Unfallkarte: Jahr \_\_\_\_\_ Nr. ....

Nummer des Unfalls beim Versicherer: .....

MSR-Nummer: .....

**ACHTUNG:** Senden Sie vorliegendes Formular binnen 10 Werktagen nach dem Unfall

1° an den Versicherer - mit einem ärztlichen Attest über die erste Hilfe - und

2° an den für die Arbeitssicherheit zuständigen Inspektor des FÖD Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzertierung, wenn es sich um einen Unfall im Bauwesen oder an einer zeitlich begrenzten oder ortsveränderlichen Baustelle handelt oder wenn das Opfer ein Student oder ein Aushilfsarbeiter ist.

(Art. 62 des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle und Königlicher Erlass vom 12. März 2003 zur Festlegung des Modus und der Frist für die Meldung eines Arbeitsunfalls)

Wie und wann die Inspektion des FÖD Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzertierung von einem schweren Unfall in Kenntnis gesetzt werden muss, finden Sie in Art. 26 des Königlichen Erlasses vom 27. März 1998 über die Politik des Wohlbefindens der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit.

## ARBEITGEBER

1 Unternehmensnummer: \_\_\_\_\_ LASS-Nummer: \_\_\_\_\_  
 2 Name + Vorname oder Handelsname: \_\_\_\_\_  
 3 Straße/Nr./Bfk: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_  
 4 Tätigkeit des Unternehmens: \_\_\_\_\_ NACE-BEL-Code: \_\_\_\_\_  
 5 Telefonnummer der Kontaktperson: \_\_\_\_\_  
 6 Kontonummer bei einem Finanzinstitut: \_\_\_\_\_

## OPFER

7 ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit): \_\_\_\_\_  
 8 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 9 Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 10 Geschlecht:  männlich  weiblich Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 12 Hauptwohnort -  
 Straße/Nr./Bfk: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
 Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohnort handelt)  
 Straße/Nr./Bfk: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 13 Sprache für die Korrespondenz mit dem Opfer:  Französisch  Niederländisch  Deutsch  
 14 Verwandtschaft mit dem Arbeitgeber:  keine Verwandtschaft  ersten Grades (Eitern und Kinder)  
 andere (z. B. Onkel, Großeltern)  
 15 Krankenkasse - Code oder Name: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr./Bfk: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_  
 Eintragungsnummer: \_\_\_\_\_  
 16 Kontonummer bei einem Finanzinstitut: \_\_\_\_\_  
 17 Dimona-Nummer der Beschäftigung: \_\_\_\_\_  
 18 Datum des Dienstantritts: \_\_\_\_\_  
 19 Ist das Enddatum des Arbeitsvertrags bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, Enddatum des Arbeitsvertrags: \_\_\_\_\_  
 20 Gewöhnlicher Beruf im Unternehmen: \_\_\_\_\_ ISCO-Code: \_\_\_\_\_  
 21 Normale Arbeitsstätte - Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
 22 Werkstatt, Baustelle, Abteilung, Dienst, Sektion oder Unterabteilung, wo das Opfer gewöhnlich seinen Beruf ausübt: \_\_\_\_\_  
 23 Arbeitete das Opfer für ein Subunternehmen?  ja  nein  
 24 Ist das Opfer ein Aushilfsarbeiter?  ja  nein  
 Wenn ja, Unternehmensnummer des Entleihunternehmens: \_\_\_\_\_  
 LASS-Nummer des Entleihunternehmens: \_\_\_\_\_  
 Tätigkeit des Entleihunternehmens: \_\_\_\_\_ NACE-BEL-Code: \_\_\_\_\_

## UNFALL

25 Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfalldatum: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Minute(n)  
 26 Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Minute(n)  
 27 Art des Unfalls:  Arbeitsunfall  Wegeunfall  
 28 Arbeitsstundenplan des Opfers am Unfalltag: von \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_  
 und von \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_  
 29 Unfallort - Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
 30 Wo (Arbeitsumgebung) befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls? (z. B. Wartungsbereich, Bau eines Tunnels, Bereich der Viehzucht, Büro, Schule, Geschäft, Krankenhaus, Parkplatz, Sporthalle, auf dem Dach eines Hotels, Privatwohnung, Kanalisation, Garten, Autobahn, an Bord eines am Kal liegenden Schiffes, unter Wasser usw.)  
 .....  
 31 Allgemeine Tätigkeit (Arbeitsprozess) oder Arbeitsaufgabe (im weiteren Sinn), die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B. Verarbeitung von Produkten, Lagerung, Erdarbeiten, Neubau oder Abbruch eines Gebäudes, Arbeitsaufgabe in Land- oder Forstwirtschaft, Arbeitsaufgabe mit lebenden Tieren, Pflege, Hilfe am Menschen, Ausbildung, Büroarbeit, Kauf, Verkauf, künstlerische Tätigkeit usw., oder die Nebentätigkeiten dieser verschiedenen Arbeit wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.)  
 .....  
 32 Spezifische Tätigkeit, die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B. Beschicken der Maschine, Arbeit mit Handwerkzeugen, Führen eines Transportmittels, Erfassen, Hochheben, Rollen eines Gegenstands, Tragen einer Last, Schließen einer Kiste, Bestiegen einer Leiter, Laufen, Hinsetzen usw.) UND damit zusammenhängende Gegenstände (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.)  
 .....  
 33 Übt das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls eine Beschäftigung im Rahmen seines gewöhnlichen Berufes aus?  
 ja  nein  
 Wenn nicht, welche Beschäftigung übte es aus? .....

34 Welche vom normalen Arbeitsablauf abweichende Ereignisse haben zum Unfall geführt? (z. B. elektrische Störung, Explosion, Feuer, Überlaufen, Umkippen, Auslaufen, Gasbildung, Reißen, Fallen oder Zusammenstürzen von Gegenständen, abnormaler Start oder abnormales Funktionieren einer Maschine, Verlust der Kontrolle über Transportmittel oder Gegenstand, Ausgleiten oder Sturz bzw. Absturz von Personen, unangebrachte Handlung, falsche Bewegungen, Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff usw.). Geben Sie alle Ereignisse UND die damit zusammenhängenden Gegenstände an (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.)  
 .....  
 35 Letzte Abweichung, die zum Unfall führte <sup>(1)</sup>: Code <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_  
 36 Gegenstand dieser Abweichung <sup>(1)</sup>: ..... Code <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_  
 37 Ist ein Protokoll erstellt worden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Protokoll mit Kennnummer ..... erstellt in .....  
 am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
 38 Kann ein Dritter für den Unfall verantwortlich gemacht werden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Name und Anschrift: .....  
 Name und Anschrift des Versicherers: .....  
 Nummer der Versicherungspolice: .....

39 Gab es Zeugen?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Name Straße/Nr./Bfk Postleitzahl Gemeinde Land Art <sup>(2)</sup>  
 .....  
 .....

## VERLETZUNG

- 40 Wie wurde das Opfer (physisch oder psychisch) verletzt? – Geben Sie in absteigender Reihenfolge der Wichtigkeit alle zur Verletzung führende Kontakte (z. B. Kontakt mit elektrischem Strom, Hitzequelle oder gefährlichen Stoffen, Ertrinken, Verschüttet- oder Begrabenwerden, Umgeben- oder Eingehülltwerden (Gas, Flüssigkeit, festes Material), Aufprallen gegen einen Gegenstand, Getroffenwerden durch einen Gegenstand, Zusammenstoß, Kontakt mit scharfem oder spitzem Gegenstand, (Ein)geklammt-, (Ein)gequetscht- oder Zerquetschtwerden durch einen Gegenstand, Schädigung des Bewegungsapparates, psychischer Schock, von einem Tier oder einer Person verursachte Verletzungen usw.) UND die damit zusammenhängenden Gegenstände (Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.) an.
- 41 Art der Verletzung <sup>(1)</sup> ..... Code <sup>(1)</sup>: .....
- 42 Betroffener Körperteil <sup>(1)</sup> ..... Code <sup>(1)</sup>: .....

## PFLEGE

- 43 Ist beim Arbeitgeber medizinische Pflege geleistet worden?:  ja  nein  
Wenn ja, Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Minute(n)  
Eigenschaft des Pflegeerbringers: .....  
Beschreibung der geleisteten Pflege: .....
- 44 Ist von einem externen Arzt medizinische Pflege geleistet worden?:  ja  nein  unbekannt  
Wenn ja, Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Minute(n)  
LIKIV-Erkennungsnummer des externen Arztes <sup>(3)</sup>: .....  
Name und Vorname des externen Arztes: .....  
Straße/Nr./BfK: .....  
Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....
- 45 Ist in einem Krankenhaus medizinische Pflege geleistet worden?:  ja  nein  unbekannt  
Wenn ja, Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Minute(n)  
LIKIV-Erkennungsnummer des Krankenhauses <sup>(3)</sup>: .....  
Name des Krankenhauses <sup>(3)</sup>: .....  
Straße/Nr./BfK: .....  
Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....

## FOLGEN

- 46 Folgen des Unfalls:  
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, keine Prothesen vorzusehen  
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen  
 zeitweilige Arbeitsunfähigkeit  
 bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen  
 Tod Todesdatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
- 47 Einstellung der Berufstätigkeit – Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_ Minute(n)
- 48 Wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit: ..... Tage

## GEFAHRENVERHÜTUNG

- 49 Wird mit Sektionen für Gefahrenverhütung gearbeitet?  ja  nein  
Wenn ja, Nummer der für das Opfer zuständigen Sektion für Gefahrenverhütung: .....
- 50 Zur Vermeidung der Wiederholung ähnlicher Unfälle getroffene Gefahrenverhütungsmaßnahmen:  
..... Code <sup>(1)</sup>: .....  
..... Code <sup>(1)</sup>: .....
- 51 Unternehmenseigene Risikocodes: .....  
.....
- 52 Anzahl der am Ende des Quartals vor dem Unfall im Unternehmen beschäftigten Arbeiter und Angestellten: Arbeiter: ..... Angestellte: .....
- 53 Anzahl der Arbeitstage, die seit Beginn des Jahres bis zum Ende des Quartals vor dem Unfall geleistet worden sind: von den Arbeitern: ..... Arbeitstage; von den Angestellten: ..... Arbeitstage
- 54 Dienstatter In der Berufskategorie: ..... Im gewöhnlichen Beruf: .....  
Im Unternehmen: ..... beim Betriebs: .....

## ENTSCHÄDIGUNG

- 55 Ist das Opfer bei dem LASS angeschlossen?  ja  nein  
Wenn nicht, Gründe angeben: .....
- 56 Arbeitnehmercode der Sozialversicherung: .....  
Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben:  Arbeiter  Angestellter  Hausangestellter  
 Lehrling mit Lehrvertrag  sonstige (bitte genau angeben): .....
- 57 Handelt es sich um einen Lehrling in der Ausbildung zum Betriebsleiter?  ja (weiter zu Frage 69)  nein
- 58 Paritätische Kommission - Bezeichnung: ..... Nummer: .....
- 59 Art des Arbeitsvertrags:  Vollzeitvertrag  Teilzeitvertrag
- 60 Anzahl Tage pro Woche in der Arbeitsregelung: \_\_\_\_ Tage und \_\_\_\_ Hundertstel
- 61 Durchschnittliche Wochenstundenzahl des Opfers: \_\_\_\_ Stunden und \_\_\_\_ Hundertstel
- 62 Durchschnittliche Wochenstundenzahl der Referenzperson: \_\_\_\_ Stunden und \_\_\_\_ Hundertstel
- 63 Ist das Opfer ein Pensionierter, der noch eine Berufstätigkeit ausübt?  ja  nein
- 64 Entlohnungsmodus:  feste Entlohnung (weiter zu Frage 65)  
 pro Stück, pro Aufgabe oder pro Auftrag (weiter zu Frage 67)  
 Provision (ganz oder teilweise) (weiter zu Frage 67)
- 65 Grundbetrag der Entlohnung:  
- Zeiteinheit:  Stunde  Tag  Woche  Monat  Quartal  Jahr  
- Im Falle einer variablen Entlohnung, Periodizität, die der angegebenen Zeiteinheit entspricht: .....  
- Gesamtbetrag der beitragspflichtigen (LASS) Entlohnungen und Vorteile ohne Überstundenlohn, zusätzliches Urlaubsgeld und Jahresendprämie. (Der angegebene Betrag muss entweder der Zeiteinheit oder der Periodizität entsprechen): € .....  
66 Bezieht das Opfer eine Jahresendprämie?  ja  nein  
Wenn ja: sie entspricht:  \_\_\_\_ % des Jahreslohnes  
 einem Pauschalbetrag in Höhe von € .....  
 dem Lohn für \_\_\_\_ Stunden
- 67 Sonstige nicht in einer anderen Rubrik erwähnte Vorteile: € ..... (auf Jahresbasis)  
Art der Vorteile: .....
- 68 Hat das Opfer während des Jahres vor dem Arbeitsunfall die Funktion gewechselt?  
 ja  nein Wenn ja, Datum des letzten Funktionswechsels: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
- 69 Anzahl der am Unfalltag nicht geleisteten Arbeitsstunden: .....  
Lohnausfall wegen der nicht geleisteten Arbeitsstunden: € .....

Abgeber der Erklärung (Name und Eigenschaft):

Name des Gefahrenverhütungsberaters:

.....

.....

Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Unterschrift:

Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Unterschrift:

<sup>(1)</sup> Siehe Anlage IV zu Titel II Kapitel I des Gesetzbuches über das Wohlbefinden bei der Arbeit (K.E. 27. März 1998)

<sup>(2)</sup> "U" für einen unmittelbaren Zeugen und "M" für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen

<sup>(3)</sup> Ausfüllen wenn bekannt