

ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

FASSUNG 1/1/2012

Versicherungsunternehmen:

Nummer der Versicherungspolice: _____

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer: _____

Tarifcode des Opfers (siehe Versicherungspolice): _____

Unfallkarte: Jahr ____ Nr.

Nummer des Unfalls beim Versicherer:

MSR-Nummer: .XXXXXXXXXXXXXXXX

ACHTUNG: Senden Sie vorliegendes Formular binnen 8 Kalendertagen nach dem Unfall an den Versicherer mit einem ärztlichen Attest über die erste Hilfe (Art. 62 des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle und Königlicher Erlass vom 12. März 2003).

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

ARBEITGEBER	
1	Unternehmensnummer: _____ LASS-Nummer: _____ und, im Falle mehrerer Niederlassungen, Niederlassungseinheitsnummer: _____
2	Name + Vorname oder Handelsname:
3	Straße/Nr./Bfk:
	Postleitzahl: _____ Gemeinde:
4	Tätigkeit des Unternehmens:
5	Telefonnummer der Kontaktperson: _____
6	Bankkontonummer : IBAN _____ Bankidentifikationsnummer: BIC _____

OPFER	
7	ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit): _____
8	Name: _____ Vorname:
9	Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
10	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Staatsangehörigkeit:
11	Hauptwohntort – Straße/Nr./Bfk:
	Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land:
	Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohntort handelt) Straße/Nr./Bfk:
	Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land:
	Telefonnummer:
12	Sprache für die Korrespondenz mit dem Opfer: <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Niederländisch <input type="checkbox"/> Deutsch
13	Verwandtschaft mit dem Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft <input type="checkbox"/> ersten Grades (Eltern und Kinder) <input type="checkbox"/> andere (z. B. Onkel, Großeltern)
14	Bankkontonummer: IBAN _____ Bankidentifikationsnummer: BIC _____
15	Dimona-Nr. der Arbeitsstelle: _____
16	Datum des Dienstantritts: _____
17	Dauer des Arbeitsvertrages: <input type="checkbox"/> unbefristete Dauer <input type="checkbox"/> befristete Dauer Ist das Datum des Dienstaustritts bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Datum des Dienstaustritts: _____
18	Gewöhnlicher Beruf im Unternehmen: _____ ISCO-Code: _____ Dienstalter des Opfers im Unternehmen: <input type="checkbox"/> weniger als 1 Woche <input type="checkbox"/> von 1 Woche bis 1 Monat <input type="checkbox"/> von 1 Monat bis 1 Jahr <input type="checkbox"/> mehr als 1 Jahr
19	Ist das Opfer ein Aushilfsarbeitnehmer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Unternehmensnummer des Entleihunternehmens: _____ Name:
	Anschrift:
20	Arbeitete das Opfer am Unfallzeitpunkt in der Niederlassung eines anderen Arbeitgebers im Rahmen von Arbeiten für ein Fremdunternehmen ⁽¹⁾ ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Unternehmensnummer dieses anderen Arbeitgebers: _____ Name :
	Anschrift:

UNFALL	
21	Unfalltag: Unfalldatum: ____-____-20____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
22	Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
23	Art des Unfalls: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall
24	Arbeitsstundenplan des Opfers am Unfalltag: von ____ Uhr ____ bis ____ Uhr ____ und von ____ Uhr ____ bis ____ Uhr ____.
25	Unfallort: <input type="checkbox"/> innerhalb des Betriebs an der im Feld 3 angegebenen Anschrift <input type="checkbox"/> auf der öffentlichen Straße. Wenn ja, handelt es sich um einen Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> an einem anderen Ort: Sollten Sie das 2. oder 3. Kästchen angekreuzt haben, bitte geben Sie die Anschrift (nur die Postleitzahl und die Baustellennummer im Falle einer ortsveränderlichen oder zeitlich begrenzten Baustelle) an! Straße/Nr./Bfk:
	Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land:
	Baustellennummer: _____
26	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 Kai liegenden Schiffes, unter Wasser usw.)?
27	<u>Allgemeine Tätigkeit</u> (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 Arbeiten wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.):
28	<u>Spezifische Tätigkeit</u> , 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, Besteigen einer Leiter, Laufen, Hinsetzen usw.) <u>UND</u> damit zusammenhängende <u>Gegenstände</u> (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.):
29	An welchem Arbeitsplatz befand sich das Opfer? ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> an seinem gewöhnlichen Arbeitsplatz oder in seiner gewöhnlichen örtlichen Einheit <input type="checkbox"/> an einem vorübergehenden oder mobilen Arbeitsplatz bzw. unterwegs i.A. des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> an einem anderen Arbeitsplatz
30	Welche vom normalen Arbeitsablauf abweichende Ereignisse (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 Bewegung, Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff usw.) haben zum Unfall geführt? Falls sie eine Rolle beim Unfalleintritt gespielt haben, geben Sie alle Ereignisse <u>UND</u> die damit zusammenhängenden <u>Gegenstände</u> an (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.).
31	Letzte Abweichung, die zum Unfall führte ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ : _____
32	Gegenstand dieser Abweichung ⁽³⁾ : Code ⁽³⁾ : _____

33 Ist ein Protokoll erstellt worden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Protokoll mit Kennnummer erstellt in
 am ____-____-____ von

34 Kann ein Dritter für den Unfall verantwortlich gemacht werden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Name und Anschrift:
 Name und Anschrift des Versicherers: Versicherungs-Nr.:

35 Gab es Zeugen? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Name Straße/Nr./BfK Postleitzahl Gemeinde Land Art ⁽⁴⁾

VERLETZUNG

36 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.

37 Art der Verletzung ⁽³⁾: Code ⁽³⁾: ____

38 Betroffener Körperteil ⁽³⁾: Code ⁽³⁾: ____

PFLEGE

39 Ist beim Arbeitgeber medizinische Pflege geleistet worden? ja nein
 Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
 Eigenschaft des Pflegeerbringers:
 Beschreibung der geleisteten Pflege:

40 Ist von einem externen Arzt medizinische Pflege geleistet worden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
 LIKIV-Erkennungsnummer des externen Arztes ⁽⁵⁾:
 Name und Vorname des externen Arztes:
 Straße/Nr./BfK:
 Postleitzahl: ____ Gemeinde:

41 Ist in einem Krankenhaus medizinische Pflege geleistet worden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
 LIKIV-Erkennungsnummer des Krankenhauses ⁽⁵⁾:
 Name des Krankenhauses:
 Straße/Nr./BfK:
 Postleitzahl: ____ Gemeinde:

FOLGEN

42 Folgen des Unfalls:
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, keine Prothesen vorzusehen
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen
 zeitweilige Arbeitsunfähigkeit
 bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen
 Tod Todesdatum: ____-____-____

43 Einstellung der Berufstätigkeit – Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)

44 Datum der tatsächlichen Arbeitswiederaufnahme: ____-____-____ Falls noch keine Wiederaufnahme, wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit: Tage

⁽¹⁾ Im Sinne der Gesetzgebung über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit, insbesondere des Abschnitts 1 „Arbeiten von Fremdunternehmen“ des Kapitels IV „Besondere Bestimmungen bei Arbeiten, die von Fremdunternehmen verrichtet werden“ des Gesetzes vom 4. August 1996. ⁽²⁾ Bitte im Falle eines Wegeunfalls nicht ausfüllen.
⁽³⁾ Siehe Anlage IV zu Titel II Kapitel I des Gesetzbuches über das Wohlbefinden bei der Arbeit (K.E. 27. März 1998 über den Internen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz).

GEFAHRENVERHÜTUNG

45 Welche Schutzmittel trug das Opfer am Unfallzeitpunkt?
 keine Schutzhelm Handschuhe Schutzbrille Gesichtsschutzschild
 Schutzjacke Schutzkleidung Gehörschutz Sicherheitsschuhe
 Maske mit Luftzufuhr Filtermaske antiseptische Maske
 Auffanggurt andere :

46 Zur Vermeidung der Wiederholung ähnlicher Unfälle getroffene Gefahrenverhütungsmaßnahmen:
 Code ⁽³⁾: ____
 Code ⁽³⁾: ____

47 Unternehmenseigene Risikocodes ⁽⁶⁾:

ENTSCHÄDIGUNG

48 Ist das Opfer bei dem LASS angeschlossen? ja nein
 Wenn nicht, Gründe angeben:

49 Arbeitnehmercode der Sozialversicherung: ____
 Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben: Arbeiter Angestellter Hausangestellter
 Lehrling mit Lehrvertrag unbezahlter Auszubildender sonstige (genaue Angaben):

50 Handelt es sich um einen Lehrling in der Ausbildung zum Betriebsleiter? ja (weiter zu Frage 62) nein

51 Paritätische (Unter)Kommission - Bezeichnung: Nummer: ____-____-____

52 Art des Arbeitsvertrags: Vollzeitvertrag Teilzeitvertrag

53 Anzahl Tage pro Woche in der Arbeitsregelung: ____ Tage und ____ Hundertstel

54 Durchschnittliche Wochenstundenzahl des Opfers: ____ Stunden und ____ Hundertstel

55 Durchschnittliche Wochenstundenzahl der Referenzperson: ____ Stunden und ____ Hundertstel

56 Ist das Opfer ein Pensionierter, der noch eine Berufstätigkeit ausübt? ja nein

57 Entlohnungsmodus: feste Entlohnung (weiter zu Frage 58)
 pro Stück, pro Aufgabe oder pro Auftrag (weiter zu Frage 60)
 Provision (ganz oder teilweise) (weiter zu Frage 60)

58 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 Zeiteinheit und der Periodizität entsprechen): € _____, ____

59 Bezieht das Opfer eine Jahresendprämie? ja nein
 Wenn ja, entspricht sie: ____, __% des Jahreslohnes
 einem Pauschalbetrag in Höhe von € _____, ____
 dem Lohn für ____ Stunden

60 Sonstige nicht in einer anderen Rubrik erwähnte Vorteile: € _____, ____ (auf Jahresbasis)
 Art der Vorteile:

61 Hat das Opfer im Jahre vor dem Arbeitsunfall die Funktion gewechselt? ja nein
 Wenn ja, Datum des letzten Funktionswechsels: ____-____-____

62 Anzahl der am Unfalltag nicht geleisteten Arbeitsstunden: ____, ____
 Lohnausfall wegen der nicht geleisteten Arbeitsstunden: € ____-____

Abgeber der Erklärung (Name und Eigenschaft): Name des Gefahrenverhütungsberaters:

.....

Datum ____-____-____ Datum ____-____-____
 Unterschrift: Unterschrift:

⁽⁴⁾ "U" für einen unmittelbaren Zeugen und "M" für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen.
⁽⁵⁾ Ausfüllen wenn bekannt.
⁽⁶⁾ Kein zwingendes Feld.

63 Krankenkasse – Code oder Name: ____
 Straße/Nr./BfK:
 Postleitzahl: ____ Gemeinde:

Eintragungsnummer: