

ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Ab dem 01.01.2020

Versicherungsunternehmen:

Nummer der Versicherungspolice:

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer:

Tarifcode des Opfers (siehe Versicherungspolice):

Senden Sie vorliegendes Formular binnen 8 Kalendertagen nach dem Unfall an den Versicherer (*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*). Schicken Sie auch das ärztliche Attest an den Versicherer, sobald Sie es haben. Wie und wann die Kontrolle des Wohlbefindens am Arbeitsplatz (FÖD Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzentrierung) von einem **schweren Unfall** in Kenntnis gesetzt werden muss, finden Sie in Artikel I.6-3 des Gesetzbuches über das Wohlbefinden bei der 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: männlich weiblich Staatsangehörigkeit:
- 11 Hauptwohnort –
Straße/Nr./Bfk: Postleitzahl: Gemeinde: Land:
Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohnort handelt)
Straße/Nr./Bfk: Postleitzahl: Gemeinde: Land: Telefonnummer:
- 12 Sprache für die Korrespondenz mit dem Opfer: Französisch Niederländisch Deutsch
- 13 Verwandtschaft mit dem Arbeitgeber: keine Verwandtschaft ersten Grades (Eltern und Kinder)
 andere (z. B. Onkel, Großeltern)
- 14 Bankkontonummer: IBAN Bankidentifikationsnummer: BIC
- 15 Dimona-Nr. der Arbeitsstelle:
- 16 Datum des Dienstantritts:
- 17 Dauer des Arbeitsvertrages: unbefristete Dauer befristete Dauer
Ist das Datum des Dienstaustritts bekannt? ja nein
Wenn ja, Datum des Dienstaustritts:
- 18 Gewöhnlicher Beruf im Unternehmen: ISCO-Code:
- 19 Wie lange übte das Opfer diesen Beruf im Unternehmen aus?
 weniger als 1 Woche 1 Woche bis 1 Monat 1 Monat bis 1 Jahr mehr als 1 Jahr
- 20 Ist das Opfer ein Aushilfsarbeitnehmer? ja nein
Wenn ja, Unternehmensnummer des Entleihunternehmens:
- 21 Name: Anschrift:
- 22 Arbeitete das Opfer am Unfallzeitpunkt in der Niederlassung eines anderen Arbeitgebers im Rahmen von Arbeiten für ein Fremdunternehmen? ⁽¹⁾? ja nein
Wenn ja, Unternehmensnummer dieses anderen Arbeitgebers:
- 23 Name: Anschrift:

UNFALL

- 21 Unfalltag: Unfalldatum: um Uhr Minuten(n)
- 22 Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist: um Uhr Minuten(n)
- 23 Art des Unfalls: Arbeitsunfall Wegeunfall
- 24 Arbeitsstundenplan des Opfers am Unfalltag:
von Uhr bis Uhr und von Uhr bis Uhr
- 25 Unfallort:
 innerhalb des Betriebs an der im Feld 3 angegebenen Anschrift
 auf der öffentlichen Straße. Wenn ja, handelt es sich um einen Verkehrsunfall? ja nein
 an einem anderen Ort:
Sollten Sie das 2. oder 3. Kästchen angekreuzt haben, bitte geben Sie die Anschrift an! (nur die Postleitzahl und die Baustellennummer im Falle einer ortsveränderlichen oder zeitlich begrenzten Baustelle) Straße/Nr./Bfk: Postleitzahl: Gemeinde: Land: Baustellennummer:
- 26 Wo (Umgebung oder Art des Standortes) befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls (z. B. Wartungsbereich, Bau eines Tunnels, Viehzuchtorf, Büro, Schule, Geschäft, Krankenhaus, Parkplatz, Sporthalle, Dach eines Hotels, Privatwohnung, Kanalisation, Garten, Autobahn, an Bord eines am Kai liegenden Schiffes, unter Wasser usw.)?
.....
.....
- 27 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, Arbeit in Land- oder Forstwirtschaft, Arbeit mit lebenden Tieren, Pflege, Hilfe an eine oder mehrere Personen, Ausbildung, Büroarbeit, Kauf, Verkauf, künstlerische Tätigkeit usw., oder die Nebentätigkeiten dieser verschiedenen Arbeiten wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.):
.....
.....
- 28 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, Besteigen einer Leiter, Laufen, Hinsetzen usw.) UND damit zusammenhängende Gegenstände (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.):
.....
.....
- 29 An welchem Arbeitsplatz befand sich das Opfer? ⁽²⁾
 an seinem gewöhnlichen Arbeitsplatz oder in seiner gewöhnlichen örtlichen Einheit
 an einem vorübergehenden oder mobilen Arbeitsplatz bzw. unterwegs im Auftrag des Arbeitgebers
 an einem anderen Arbeitsplatz
- 30 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 abnormale Funktionen 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.) Falls sie eine Rolle beim Unfallereignis gespielt haben, geben Sie alle Ereignisse UND die damit zusammenhängenden Gegenstände 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: Versicherungspolice-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 Eingeöhülltwerden (Gas, Flüssigkeit, festes Material), Aufprallen gegen einen Gegenstand, Getroffenwerden durch einen Gegenstand, Zusammenstoß, Kontakt mit scharfem oder spitzem Gegenstand, (Ein)geklemmt-, (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 Beschäftigung mit angepasster Arbeit (verkürzte Leistungen oder andere Funktion, ohne Lohnverlust) ab dem
 vollständige zeitweilige Arbeitsunfähigkeit ab dem Uhr Minute(n)
 bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen
 Tod Todesdatum:

43 Datum der tatsächlichen Wiederaufnahme der üblichen Arbeit/der Arbeit an der ursprünglichen Stelle:
.....

44 Falls noch keine vollständige Wiederaufnahme der üblichen Arbeit/der Arbeit an der ursprünglichen Stelle, wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit: Tage

⁽¹⁾ Im Sinne der Gesetzgebung über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit, insbesondere des Abschnitts 1 „Arbeiten von externen Arbeitgebern oder externen Selbstständigen“ des Kapitels IV „Besondere Bestimmungen bei Arbeiten, die von Fremdunternehmen oder Aushilfsarbeitnehmern verrichtet werden“ des Gesetzes vom 4. August 1996.

⁽²⁾ Bitte im Falle eines Wegeunfalls nicht ausfüllen.

GEFAHRENVERHÜTUNG

45 Welche Schutzmittel trug das Opfer am Unfallzeitpunkt?
 keine Schutzhelm Handschuhe Schutzbrille Gesichtsschutzschild
 Schutzjacke Warnschutzkleidung Gehörschutz Sicherheitsschuhe
 Maske mit Luftzufluss 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 beim LASS angeschlossen? ja nein
Wenn nicht, Gründe angeben:

49 Arbeitnehmercode der Sozialversicherung:
Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben: Arbeiter Angestellter Hausangestellter
 sozialversicherungspflichtiger Lehrling/Praktikant nicht sozialversicherungspflichtiger Lehrling/Praktikant sonstige (genaue Angaben):

50 Falls 'nicht sozialversicherungspflichtiger Lehrling/Praktikant, Typ des Praktikums oder der Ausbildung: F1 F2 (> weiter zu Frage 62)

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 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 Gefahrenverhütingsberaters:

Datum Datum
Unterschrift: Unterschrift:

⁽³⁾ Siehe Anlage II.1-4 zum Gesetzbuch über das Wohlbefinden bei der Arbeit

⁽⁴⁾ „U“ für einen unmittelbaren Zeugen und „M“ für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen.

⁽⁵⁾ Ausfüllen wenn bekannt.

⁽⁶⁾ Kein zwingendes Feld.

36 Krankenkasse - Code oder Name:
Straße/Nr./Bfk:
Postleitzahl: Gemeinde:
Anschlussnummer: