

ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Versicherungsunternehmen :

Nummer der Versicherungspolice :

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer :

Tarifcode des Opfers (siehe Versicherungspolice) :

MSR-Nummer :

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 und 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	Hauptwohnort : <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> Straße /Nr. /Bfk : Postleitzahl : Gemeinde : Land : </div> Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohnort handelt) : <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> Straße /Nr. /Bfk : Postleitzahl : Gemeinde : Land : </div> 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-Nummer 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 : Datum : Um : Uhr Minuten
22	Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist : Datum : Um : Uhr Minuten
23	Art des Unfalls : <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Arbeitswegunfall
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 : <i>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 !</i> Straße /Nr. /Bfk : Gemeinde : Land : Baustellennummer :
26	Wo (Arbeitsumgebung) befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls (z. B., <i>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.</i>) ?
27	<u>Allgemeine Tätigkeit</u> (Arbeitsprozess) oder Arbeitsaufgabe (im weiteren Sinn), die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B., <i>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.</i>)
28	<u>Spezifische Tätigkeit</u> , die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B., <i>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.</i>) UND damit <u>zusammenhängender Gegenstand</u> (z.B., <i>Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.</i>)
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 UND die damit <u>zusammenhängenden 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 ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt Wenn ja, Protokoll mit Kennnummer erstellt in Am / / Von
34	Kann ein Dritter für den Unfall verantwortlich gemacht werden ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt Wenn ja, Name und Anschrift : Name und Anschrift der Versicherers : Vertragsnummer :
35	Gab es Zeugen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 führenden 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)geklemt-, (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 ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Datum : Um :Uhr..... Eigenschaft des Pflegeerbringers : Beschreibung der geleisteten Pflege :
40	Ist von einem externen Arzt medizinische Pflege geleistet worden ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt Wenn ja, Datum : Um :Uhr..... 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 ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt Wenn ja, Datum : Um :Uhr..... LIKIV-Erkennungsnummer des Krankenhauses (5) : Name des Krankenhauses : Straße/Nr./Bfk : Postleitzahl : Gemeinde :
----	--

FOLGEN

42	Folgen des Unfalls : <input type="checkbox"/> keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, keine Prothesen vorzusehen <input type="checkbox"/> keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen <input type="checkbox"/> zeitweilige Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum : / /
43	Einstellung der Berufstätigkeit - Datum : Um :Uhr.....
44	Datum der tatsächlichen Arbeitswiederaufnahme : Falls noch keine Wiederaufnahme, wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit : Tage

GEFAHRENVERHÜTUNG

45	Welche Schutzmittel trug das Opfer am Unfallzeitpunkt ? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Schutzhelm <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> Schutzbrille <input type="checkbox"/> Gesichtsschutzschild <input type="checkbox"/> Schutzjacke <input type="checkbox"/> Schutzkleidung <input type="checkbox"/> Gehörschutz <input type="checkbox"/> Sicherheitsschuhe <input type="checkbox"/> Maske mit Luftzufuhr <input type="checkbox"/> Filtermaske <input type="checkbox"/> antiseptische Maske <input type="checkbox"/> Auffanggurt <input type="checkbox"/> Andere :
46	Zur Vermeidung der Wiederholung ähnlicher Unfälle getroffen Gefahrenverhütungsmaßnahmen : Code (3) : Code (3) : Code (3) :
47	Unternehmenseigene Risikocodes (6) :

ENTSCHÄDIGUNG

48	Ist das Opfer bei dem LASS angeschlossen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, Gründe angeben :
49	Arbeitnehmercode der Sozialversicherung : Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben : <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Hausangestellter <input type="checkbox"/> Lehrling mit Lehrvertrag <input type="checkbox"/> unbezahlter Auszubildener <input type="checkbox"/> sonstige (genaue Angaben) :
50	Handelt es sich um einen Lehrling in der Ausbildung zum Betriebsleiter ? <input type="checkbox"/> Ja (weiter zu Frage 62) <input type="checkbox"/> nein
51	Paritätische (Unter)Kommission – Bezeichnung : Nummer :
52	Art des Arbeitsvertrags : <input type="checkbox"/> Vollzeitvertrag <input type="checkbox"/> Teilzeitvertrag
53	Anzahl Tage pro Woche in der Arbeitsregelung :Tage undHundertstel
54	Durchschnittliche Wochenstundenzahl des Opfers :Stunden undHundertstel
55	Durchschnittliche Wochenstundenzahl der Referenzperson :Stunden undHundertstel
56	Ist das Opfer ein Pensionierter, der noch eine Berufstätigkeit ausübt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
57	Entlohnungsmodus : <input type="checkbox"/> feste Entlohnung (weiter zu Frage 58) <input type="checkbox"/> pro Stück, pro Aufgabe oder pro Auftrag (weiter zu Frage 60) <input type="checkbox"/> Provision (ganz oder teilweise) (weiter zu Frage 60)

58	<p>Grundbetrag der Entlohnung :</p> <p>- Zeiteinheit : <input type="checkbox"/> Stunde <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> Jahr</p> <p>- Im Falle einer variablen Entlohnung, Periodizität, die der angegebenen Zeiteinheit entspricht :</p> <p>- 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) : €</p>
59	<p>Bezieht das Opfer eine Jahresendprämie ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, entspricht sie :</p> <p><input type="checkbox"/> % des Jahreslohnes</p> <p><input type="checkbox"/> einen Pauschalbetrag in Höhe von €</p> <p><input type="checkbox"/> dem Lohn für Stunden</p>
60	<p>Sonstige nicht in einer anderen Rubrik erwähnte Vorteile : € (auf Jahresbasis)</p> <p>Art der Vorteile :</p>
61	<p>Hat das Opfer im Jahre vor dem Arbeitsunfall die Funktion gewechselt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Datum des letzten Funktionswechsels :</p>
62	<p>Anzahl der am Unfalltag nicht geleisteten Arbeitsstunden :</p> <p>Lohnausfall wegen der nicht geleisteten Arbeitsstunden : €</p>

Abgeber der Erklärung
(Name und Eigenschaft) :

Name des Gefahrenverhütungsberaters :

Datum :

Datum :

Unterschrift :

Unterschrift :

63	<p>Krankenkasse :</p> <p>Code oder Name :</p> <p>Straße/Nr./Bfk :</p> <p>Postleitzahl : Gemeinde :</p> <p>Eintragungsnummer :</p>
----	---

(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 Intern Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz.

(4) « U » für einen unmittelbaren Zeugen und « M » für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen.

(5) Ausfüllen wenn bekannt

(6) Kein zwingendes Feld

(*) Pflichtformat ab 2011. Bis 2010 darf die 12-stellige Kontonummer angegeben werden.



Arbeitsgeber:

.....

.....

Schadensfall n°

Versicherungsvertrag n°

MSR-Nummer:

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

(Arbeitsunfallgesetz – K.E. du 28. Dezember 1971)

BITTE ZURÜCKSENDEN

(1) Name, Vorname, Anschrift des Arztes

Ich, Unterzeichneter, (1)

.....

Erste Untersuchung am umU.....

(2) Name, Vorname, Anschrift des Opfers

(2)

.....

Erkläre, dass:

(3) Bezeichnen: Art der Verletzung und verletzte(r) Körperteil(e) (Armbruch, Kopfrellung, Lähmung, usw.).

1. Der Unfall folgende Verletzungen verursacht hat (3):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(4) Bezeichnen: sichere oder vermutliche Folgen: Tod, bleibende Unfähigkeit (ganz oder teilweise), zeitweilige Unfähigkeit (ganz oder teilweise), und die eingeplante Dauer der Unfähigkeit.

2. Die Konsequenzen der Verletzungen sein werden (4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(5) Der Arzt soll bestätigen, ob die Unfähigkeit normalerweise mit der Verletzung überstimmt, ohne anderen Umstände zu berücksichtigen.

3. die Unfähigkeit beginnt (5):

.....

- Der Verletzte kann seine gewöhnliche Arbeit machen;

- Eine angepasste Arbeit ist möglich;

Die Beschränkungen sind:

.....

Der Verletzte ist unfähig (100%) ab

bis einschließlich;

(6) Bezeichnen: wo wird der Verletzte gepflegt.

4. der Verletzte gepflegt wird in (6):

.....

.....

Ausgefertigt zu, am

Unterschrift: