

UNFALLANZEIGE IM RAHMEN DER SCHULAUSSBILDUNG ODER EINER AUßERSCHULISCHEN AKTIVITÄT

Die Anzeige muss, entsprechend der Anleitung, vom Bürgermeister, Direktor des Schulbetriebs oder ihrer Stellvertreter, Veranstalter der außerschulischen Aktivitäten oder Geschäftsführer der staatlich zugelassenen Betreuungseinrichtung, ausgefüllt werden.

1. SCHULEINRICHTUNG / VERANSTALTER DER AUßERSCHULISCHEN AKTIVITÄTEN / BETREUUNGSEINRICHTUNG

1.01 Name der Schuleinrichtung / des Veranstalter der außerschulischen Aktivitäten / der Betreuungseinrichtung

1.02 Anschrift

1.03 Sozialversicherungsnummer bei der Sozialversicherung

2. VERSICHERTER

2.01 Name, Vorname des Versicherten

2.02 Versichertennummer

2.03 Anschrift des Versicherten

3. GESETZLICHER VERTRETER DES VERSICHERTEN

3.01 Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

3.02 Sozialversicherungsnummer des gesetzlichen Vertreters

3.03 Anschrift des gesetzlichen Vertreters

4. INFORMATIONEN ZUM UNFALL

4.01. Unfallzeitpunkt

:
 Tag / Monat / Jahr Std Min

4.02. Zeitpunkt der Meldung an den aufgeführten Unterzeichner der Anzeige

:
 Tag / Monat / Jahr Std Min

4.03 Beginn und Ende der vorgesehenen oder tatsächlichen Aktivität des Verletzten am Tag des Unfalls

Vormittags von / bis

: / :
 Std Min Std Min

Nachmittags von / bis

: / :
 Std Min Std Min

4.04 Wo ereignete sich der Unfall :

- Im Rahmen der Schulausbildung
- Während einer außerschulischen Aktivität
- Auf dem Schulweg oder auf dem Weg zur außerschulischen Aktivität

Im Falle eines Verkehrsunfalls, bitte angeben :

- der Versicherte war unterwegs im :
- Öffentlichen Verkehrsmittel Privatwagen Sonstiges
- der Versicherte war :
- Fahrer Beifahrer Sonstiges
- es wurde ein einvernehmlicher Unfallbericht ausgefüllt?
- Ja Nein
- es wurde ein amtliches Protokoll erstellt?
- Ja Nein

4.05 Ausführliche Beschreibung des **Standortes** wo sich der Versicherte während des Unfalls befand (bei Verkehrsunfällen, bitte die genaue Stelle angeben: z.B. Ortschaft, Straße, Autobahnausfahrt). Im Falle eines Unfalls im Ausland, bitte Land angeben.

4.06 Beschreiben Sie genau die Tätigkeit oder Aufgabe, die der Versicherte im Moment des Unfalls ausübte.

4.07 Geben Sie Gegenstände an, die am Unfall beteiligt waren (z. B. Werkzeuge, Maschinen, Sport und Spielgeräte, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe, usw.).

4.08 Beschreiben Sie die Ereignisse, die vom normalen Prozess abgewichen sind und zum Unfall geführt haben (z.B. nasser oder rutschiger Boden).

4.09 Gegebenenfalls, bitte die Behörde (z.B.: Polizei, ITM, CGDIS, ...) angeben welche infolge des Unfalls benachrichtigt wurde / vor Ort war :

4.10 Gab es Augenzeugen?

Ja Nein

Gegebenenfalls Name und Anschrift des (der) Zeugen

4.11 Name, Anschrift und Funktion der Person welche zuerst informiert wurde

5. PRÄVENTIONSMABNAHMEN

5.01 Welche Präventionsmaßnahmen waren zum Unfallzeitpunkt umgesetzt?

5.02 Welches sind die getroffenen oder zu treffenden Präventionsmaßnahmen um einen ähnlichen Unfall in Zukunft zu vermeiden?

6. FOLGEN DES UNFALLS NACH ANGABEN DES VERSICHERTEN

6.01 **Keine Verletzung**, nur Fahrzeugschaden -> **Bitte zum Punkt 7 übergehen**

6.02 Falls eine **Verletzung** vorliegt, bitte **Art der Verletzung(en)** angeben

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wunden und oberflächliche Verletzungen | <input type="checkbox"/> Schäden durch Schall, Vibration und Druck |
| <input type="checkbox"/> Knochenfrakturen | <input type="checkbox"/> Schäden durch extreme Temperaturen, Licht oder Strahlungen |
| <input type="checkbox"/> Dislokationen, Verstauchungen und Zerrungen | <input type="checkbox"/> Schock (emotionaler / psychologischer) |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen und innere Verletzungen | <input type="checkbox"/> Verbrennungen und Erfrierungen |
| <input type="checkbox"/> Andere Verletzungen, bitte angeben: | <input style="width: 400px;" type="text"/> |

6.03 Bitte den **betroffenen Körperteil** der Verletzung(en) angeben

- | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | Auge(n) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Hals | Schulter(n) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Rücken | Arm(e) einschl. Ellbogen | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb | Hand (Hände) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Bauch, Becken | Bein(e), einschl. Knie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| | Fuß (Füße) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Körperteile, bitte angeben: | <input style="width: 400px;" type="text"/> | | |

6.04 Gegebenenfalls, Name, Vorname und Anschrift des zuerst aufgesuchten Arztes

Datum der Untersuchung : Kennziffer des Arztes (falls bekannt) :

Tag / Monat / Jahr

6.05 Gegebenenfalls, aufgesuchtes Krankenhaus angeben

6.06 Folgen der Verletzungen

- Tod des Versicherten
- Der Versicherte hat den Unterricht oder die Aktivität nicht unterbrochen
- Der Versicherte hat den Unterricht oder die Aktivität unterbrochen am

um : Std Min

Tag / Monat / Jahr

Der Versicherte hat den Unterricht oder die Aktivität:

- wieder aufgenommen am
- Tag / Monat / Jahr
- nicht wieder aufgenommen

7. UNTERZEICHNER

7.01 Name, Vorname

7.02 Funktion

7.03 Telefonnummer

7.04 Durch Ankreuzen dieses Kästchens möchte ich meine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben zum Ausdruck bringen. **Ich verpflichte mich dazu, eine ausführliche Zweifelerklärung beizufügen.**

7.05 Ort, Datum

, den

Tag / Monat / Jahr

7.06 Unterschrift des Bürgermeisters, des Direktors des Schulbetriebs oder ihrer Stellvertreter, des Veranstalters der außerschulischen Aktivitäten oder des Geschäftsführers der staatlich zugelassenen Betreuungseinrichtung.

Bitte vor dem Absenden des Formulars alle Felder **per Computer** ausfüllen oder, falls noch handgeschrieben werden muss, **in schwarzer Schrift und in Druckbuchstaben**.

Jedes unvollständige Formular wird zurückgeschickt !

Das Unfallanzeigeformular ist an die **Association d'assurance accident** zu schicken, per Post an die Anschrift L-2976 Luxembourg, per Fax an die Nummer +352 495335 oder per E-Mail als **PDF Dokument** an die Adresse declaration.aaa@secu.lu