



#### 4. PRÄVENTIONSMABNAHMEN

4.01 Welche Präventionsmaßnahmen waren zum Unfallzeitpunkt umgesetzt?

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

#### 5. FOLGEN DES UNFALLS NACH ANGABEN DES VERSICHERTEN

5.01  **Keine Verletzung**, nur Fahrzeugschaden -> Bitte zum Punkt 6 übergehen

5.02 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:         |   |

5.03 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: |                          |                                |                                 |

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

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

Tag / Monat / Jahr

5.05 Gegebenenfalls, aufgesuchtes Krankenhaus angeben

5.06 Folgen der Verletzungen

- Tod des Versicherten  
 Der Versicherte hat die Arbeit nicht eingestellt  
 Der Versicherte hat die Arbeit eingestellt am

um :  
Tag / Monat / Jahr Std Min

Der Versicherte hat die Arbeit :

- wieder aufgenommen am   
 nicht wieder aufgenommen

Tag / Monat / Jahr

Bitte geben sie das voraussichtliche **Enddatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an (falls bekannt)**

Tag / Monat / Jahr

#### 6. UNTERZEICHNER (ARBEITGEBER ODER SEIN VERTRETER)

6.01 Name, Vorname des Arbeitgebers oder seines Vertreters

6.02 Funktion

6.03 Telefonnummer

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

6.05 Ort, Datum

, den   
Tag / Monat / Jahr

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

6.06 Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Vertreters

**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](mailto:declaration.aaa@secu.lu)