

ARBEITSUNFALLANZEIGE / WEGEUNFALLANZEIGE

Das Unfallanzeigeformular muss **vom Unternehmer oder seinem Vertreter**, gemäß der Anleitung ausgefüllt werden.

1. ARBEITGEBER

1.01 Name des Unternehmens / der Verwaltung oder Name und Vorname des Arbeitgebers

1.02 Anschrift

1.03 Arbeitgebernummer bei der Sozialversicherung

2. VERSICHERTER

2.01 Name, Vorname des Versicherten

2.02 Versichertennummer

2.03 Anschrift

2.04 Leiharbeitnehmer?

Ja Nein

Gegebenenfalls Name der Benutzerfirma

Gegebenenfalls Sozialversicherungsnummer der Benutzerfirma

2.05 Der Versicherte arbeitet :

Vollzeit Teilzeit

Bitte die Zahl der normalerweise gearbeiteten Wochenstunden angeben: Stunden / Woche

2.06 Beruf des Versicherten (z.B. Maler, Erzieher, Buchhalter)

3. INFORMATIONEN ZUM UNFALL

3.01. Unfallzeitpunkt

:
Tag / Monat / Jahr Std Min

3.02. Zeitpunkt der Meldung an Arbeitgeber oder seinen Vertreter

:
Tag / Monat / Jahr Std Min

3.03 Beginn und Ende der vorgesehenen oder tatsächlichen Arbeitszeit des Versicherten am Tag des Unfalls

Vormittags von / bis : / :
Std Min Std Min Std Min Std Min

Nachmittags von / bis

3.04 Wo ereignete sich der Unfall :

- am gewöhnlichen Arbeitsplatz
 an einem vorübergehenden oder mobilen Arbeitsplatz
 auf dem Arbeitsweg

Bitte Anschrift des Arbeitsplatzes angeben falls anders als 1.02 :

Im Falle eines Verkehrsunfalls, bitte angeben :

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

3.05 Ausführliche Beschreibung des **Ortes oder des Arbeitsplatzes** 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.

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

3.07 Geben Sie Gegenstände an, die am Unfall beteiligt waren (z.B. Werkzeuge, Maschinen, Ausrüstungen, Materialien, Instrumente, Substanzen usw.).

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

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

3.10 Gab es Augenzeuge(n)?

Ja Nein

Gegebenenfalls Name und Anschrift des (der) Zeugen

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

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: | <input style="width: 400px;" type="text"/> |

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: | <input style="width: 400px;" type="text"/> | | |

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 : Std Min

Tag / Monat / Jahr

Der Versicherte hat die Arbeit :

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

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