

# ANZEIGE DES ARBEITGEBERS IM RAHMEN DER UNTERSUCHUNG BEI VERDACHT AUF VORLIEGEN EINER BERUFSKRANKHEIT

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

## 3. INFORMATIONEN IN BEZUG AUF DIE TÄTIGKEIT DES VERSICHERTEN

3.01 Wurde die Krankheit gemeldet?

Ja

Nein

Tag / Monat / Jahr

3.02 Beschreibung der Tätigkeit des Versicherten

3.03 War der Versicherte während dieser Tätigkeit:

in Verbindung mit reizenden oder ätzenden Substanzen

Lärm ausgesetzt

der Einatmung von Stäuben, Gasen oder Dämpfen ausgesetzt

Vibrationen ausgesetzt

großen physischen Anstrengungen ausgesetzt

sich wiederholenden Gesten ausgesetzt

Andere Risiken:

3.04 Geben sie eine kurze Beschreibung der Handlungsabläufe, Haltungen und Arbeitsbedingungen an und geben Sie genaue Informationen über die Aussetzung der oben erwähnten Einwirkungen, insbesondere was die Dauer (Stunden / Tag; Stunden / Monat) und der Grad der Aussetzung anbelangt:

3.05 Welche Schutzmaßnahmen wurden getroffen um die unter Punkt 3.03 genannten Aussetzungen zu vermeiden. Gegebenenfalls, fügen sie Berichte bei.

3.06 Name und Anschrift der Personen, die weitere Angaben geben können:

## 4. ARBEITSMEDIZINISCHEN DIENST

4.01 Welchem arbeitsmedizinischen Dienst ist Ihr Unternehmen angeschlossen?

4.02 Name des Arbeitsmediziners

## 5. UNTERZEICHNER (ARBEITGEBER ODER SEIN VERTRETER)

5.01 Name, Vorname des Arbeitgebers oder seines Vertreters

5.02 Funktion

5.03 Telefonnummer

5.04 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**.

**Jedes unvollständige Formular wird zurückgeschickt !**

Das Unfallanzeigeformular ist an die **Association d'assurance accident** zu verschicken, 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)