



11 MAI 2005

FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CIRCULAIRE N° 2005/4

Complément à la circulaire n° 2004/8 - Modèle de déclaration d'accident du travail en langue allemande

Monsieur le Directeur,

Par la circulaire n° 2004/8 du 10 novembre 2004, on vous a présenté le modèle de déclaration à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 2005.

Vous trouverez en annexe le modèle de déclaration d'accident du travail en langue allemande, qui constitue un complément à cette circulaire.

L'administrateur général,

M. Depoortere

ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Versicherungsunternehmen:

Numer der Versicherungspolice: _____

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer: _____

Taricode des Opfers (siehe Versicherungspolice): _____

Unfallkarte: Jahr _____ Nr.

Numer des Unfalls beim Versicherer:

MSR-Nummer:

ACHTUNG: Senden Sie vorliegendes Formular binnen 10 Werktagen nach dem Unfall

1° an den Versicherer - mit einem ärztlichen Attest über die erste Hilfe - und

2° an den für die Arbeitssicherheit zuständigen Inspektor des FÖD Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzertierung, wenn es sich um einen Unfall im Bauwesen oder an einer zeitlich begrenzten oder ortsveränderlichen Baustelle handelt oder wenn das Opfer ein Student oder ein Aushilfsarbeiter ist.

(Art. 62 des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle und Königlicher Erlass vom 12. März 2003 zur Festlegung des Modus und der Frist für die Meldung eines Arbeitsunfalls)

Wie und wann die Inspektion des FÖD Beschäftigung, Arbeit und Soziale Konzertierung von einem schweren Unfall in Kenntnis gesetzt werden muss, finden Sie in Art. 26 des Königlichen Erlasses vom 27. März 1998 über die Politik des Wohlbefindens der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit.

ARBEITGEBER

1 Unternehmensnummer: _____ LASS-Nummer: _____
 2 Name + Vorname oder Handelsname: _____
 3 Straße/Nr./Bfk: _____
 Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____
 4 Tätigkeit des Unternehmens: _____ NACE-BEL-Code: _____
 5 Telefonnummer der Kontaktperson: _____
 6 Kontonummer bei einem Finanzinstitut: _____

OPFER

7 ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit): _____
 8 Name: _____ Vorname: _____
 9 Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
 10 Geschlecht: männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____
 12 Hauptwohnort -
 Straße/Nr./Bfk: _____
 Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____
 Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohnort handelt)
 Straße/Nr./Bfk: _____
 Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____
 Telefonnummer: _____
 13 Sprache für die Korrespondenz mit dem Opfer: Französisch Niederländisch Deutsch
 14 Verwandtschaft mit dem Arbeitgeber: keine Verwandtschaft ersten Grades (Eitern und Kinder)
 andere (z. B. Onkel, Großeltern)
 15 Krankenkasse - Code oder Name: _____
 Straße/Nr./Bfk: _____
 Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____
 Eintragungsnummer: _____
 16 Kontonummer bei einem Finanzinstitut: _____
 17 Dimona-Nummer der Beschäftigung: _____
 18 Datum des Dienstantritts: _____
 19 Ist das Enddatum des Arbeitsvertrags bekannt? ja nein
 Wenn ja, Enddatum des Arbeitsvertrags: _____
 20 Gewöhnlicher Beruf im Unternehmen: _____ ISCO-Code: _____
 21 Normale Arbeitsstätte - Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____
 22 Werkstatt, Baustelle, Abteilung, Dienst, Sektion oder Unterabteilung, wo das Opfer gewöhnlich seinen Beruf ausübt: _____
 23 Arbeitete das Opfer für ein Subunternehmen? ja nein
 24 Ist das Opfer ein Aushilfsarbeiter? ja nein
 Wenn ja, Unternehmensnummer des Entleihunternehmens: _____
 LASS-Nummer des Entleihunternehmens: _____
 Tätigkeit des Entleihunternehmens: _____ NACE-BEL-Code: _____

UNFALL

25 Unfalltag: _____ Unfalldatum: _____ um _____ Uhr _____ Minute(n)
 26 Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist: _____ um _____ Uhr _____ Minute(n)
 27 Art des Unfalls: Arbeitsunfall Wegeunfall
 28 Arbeitsstundenplan des Opfers am Unfalltag: von _____ Uhr _____ bis _____ Uhr _____
 und von _____ Uhr _____ bis _____ Uhr _____
 29 Unfallort - Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____
 30 Wo (Arbeitsumgebung) befand sich das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls? (z. B. 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 Kal liegenden Schiffes, unter Wasser usw.)

 31 Allgemeine Tätigkeit (Arbeitsprozess) oder Arbeitsaufgabe (im weiteren Sinn), die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B. 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 Arbeit wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.)

 32 Spezifische Tätigkeit, die vom Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt wurde (z. B. Beschicken der Maschine, Arbeit mit Handwerkzeugen, Führen eines Transportmittels, Erfassen, Hochheben, Rollen eines Gegenstands, Tragen einer Last, Schließen einer Kiste, Bestellen einer Leiter, Laufen, Hinsetzen usw.) UND damit zusammenhängende Gegenstände (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.)

 33 Übt das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls eine Beschäftigung im Rahmen seines gewöhnlichen Berufes aus?
 ja nein
 Wenn nicht, welche Beschäftigung übte es aus? _____
 34 Welche vom normalen Arbeitsablauf abweichende Ereignisse haben zum Unfall geführt? (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 Bewegungen, Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff usw.) Geben Sie alle Ereignisse UND die damit zusammenhängenden Gegenstände an (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.)

 35 Letzte Abweichung, die zum Unfall führte ⁽¹⁾: Code ⁽¹⁾: _____
 36 Gegenstand dieser Abweichung ⁽¹⁾: _____ Code ⁽¹⁾: _____
 37 Ist ein Protokoll erstellt worden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Protokoll mit Kennnummer _____ erstellt in _____
 am _____ von _____
 38 Kann ein Dritter für den Unfall verantwortlich gemacht werden? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Name und Anschrift: _____
 Name und Anschrift des Versicherers: _____
 Nummer der Versicherungspolice: _____
 39 Gab es Zeugen? ja nein unbekannt
 Wenn ja, Name _____ Straße/Nr./Bfk _____ Postleitzahl _____ Gemeinde _____ Land _____ Art ⁽²⁾ _____

VERLETZUNG

- 40 Wie wurde das Opfer (physisch oder psychisch) verletzt? – Geben Sie in absteigender Reihenfolge der Wichtigkeit alle zur Verletzung führende 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)geklammt-, (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.
- 41 Art der Verletzung ⁽¹⁾ Code ⁽¹⁾:
- 42 Betroffener Körperteil ⁽¹⁾ Code ⁽¹⁾:

PFLEGE

- 43 Ist beim Arbeitgeber medizinische Pflege geleistet worden?: ja nein
Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
Eigenschaft des Pflegeerbringers:
Beschreibung der geleisteten Pflege:
- 44 Ist von einem externen Arzt medizinische Pflege geleistet worden?: ja nein unbekannt
Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
LIKIV-Erkennungsnummer des externen Arztes ⁽³⁾:
Name und Vorname des externen Arztes:
Straße/Nr./BfK:
Postleitzahl: Gemeinde:
- 45 Ist in einem Krankenhaus medizinische Pflege geleistet worden?: ja nein unbekannt
Wenn ja, Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
LIKIV-Erkennungsnummer des Krankenhauses ⁽³⁾:
Name des Krankenhauses ⁽³⁾:
Straße/Nr./BfK:
Postleitzahl: Gemeinde:

FOLGEN

- 46 Folgen des Unfalls:
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, keine Prothesen vorzusehen
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen
 zeitweilige Arbeitsunfähigkeit
 bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen
 Tod Todesdatum: ____-____-____
- 47 Einstellung der Berufstätigkeit – Datum: ____-____-____ um ____ Uhr ____ Minute(n)
- 48 Wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit: Tage

GEFAHRENVERHÜTUNG

- 49 Wird mit Sektionen für Gefahrenverhütung gearbeitet? ja nein
Wenn ja, Nummer der für das Opfer zuständigen Sektion für Gefahrenverhütung:
- 50 Zur Vermeidung der Wiederholung ähnlicher Unfälle getroffene Gefahrenverhütungsmaßnahmen:
..... Code ⁽¹⁾:
..... Code ⁽¹⁾:
- 51 Unternehmenseigene Risikocodes:
.....
- 52 Anzahl der am Ende des Quartals vor dem Unfall im Unternehmen beschäftigten Arbeiter und Angestellten: Arbeiter: Angestellte:
- 53 Anzahl der Arbeitstage, die seit Beginn des Jahres bis zum Ende des Quartals vor dem Unfall geleistet worden sind: von den Arbeitern: Arbeitstage; von den Angestellten: Arbeitstage
- 54 Dienstatter In der Berufskategorie: Im gewöhnlichen Beruf:
Im Unternehmen: beim Betriebs:

ENTSCHÄDIGUNG

- 55 Ist das Opfer bei dem LASS angeschlossen? ja nein
Wenn nicht, Gründe angeben:
- 56 Arbeitnehmercode der Sozialversicherung:
Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben: Arbeiter Angestellter Hausangestellter
 Lehrling mit Lehrvertrag sonstige (bitte genau angeben):
- 57 Handelt es sich um einen Lehrling in der Ausbildung zum Betriebsleiter? ja (weiter zu Frage 69) nein
- 58 Paritätische Kommission - Bezeichnung: Nummer:
- 59 Art des Arbeitsvertrags: Vollzeitvertrag Teilzeitvertrag
- 60 Anzahl Tage pro Woche in der Arbeitsregelung: ____ Tage und ____ Hundertstel
- 61 Durchschnittliche Wochenstundenzahl des Opfers: ____ Stunden und ____ Hundertstel
- 62 Durchschnittliche Wochenstundenzahl der Referenzperson: ____ Stunden und ____ Hundertstel
- 63 Ist das Opfer ein Pensionierter, der noch eine Berufstätigkeit ausübt? ja nein
- 64 Entlohnungsmodus: feste Entlohnung (weiter zu Frage 65)
 pro Stück, pro Aufgabe oder pro Auftrag (weiter zu Frage 67)
 Provision (ganz oder teilweise) (weiter zu Frage 67)
- 65 Grundbetrag der Entlohnung:
- Zeiteinheit: Stunde Tag Woche Monat Quartal Jahr
- Im Falle einer variablen Entlohnung, Periodizität, die der angegebenen Zeiteinheit entspricht:
- Gesamtbetrag der beitragspflichtigen (LASS) Entlohnungen und Vorteile ohne Überstundenlohn, zusätzliches Urlaubsgeld und Jahresendprämie. (Der angegebene Betrag muss entweder der Zeiteinheit oder der Periodizität entsprechen): €
66 Bezieht das Opfer eine Jahresendprämie? ja nein
Wenn ja: sie entspricht: ____ % des Jahreslohnes
 einem Pauschalbetrag in Höhe von €
 dem Lohn für ____ Stunden
- 67 Sonstige nicht in einer anderen Rubrik erwähnte Vorteile: € (auf Jahresbasis)
Art der Vorteile:
- 68 Hat das Opfer während des Jahres vor dem Arbeitsunfall die Funktion gewechselt?
 ja nein Wenn ja, Datum des letzten Funktionswechsels: ____-____-____
- 69 Anzahl der am Unfalltag nicht geleisteten Arbeitsstunden:
Lohnausfall wegen der nicht geleisteten Arbeitsstunden: €

Abgeber der Erklärung (Name und Eigenschaft):

Name des Gefahrenverhütungsberaters:

.....

.....

Datum ____-____-____
Unterschrift:

Datum ____-____-____
Unterschrift:

⁽¹⁾ Siehe Anlage IV zu Titel II Kapitel I des Gesetzbuches über das Wohlbefinden bei der Arbeit (K.E. 27. März 1998)

⁽²⁾ "U" für einen unmittelbaren Zeugen und "M" für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen

⁽³⁾ Ausfüllen wenn bekannt