



## FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN

AANSCHRIJVING NR. 2007/6

19/11/2007

### Nieuw formulier voor de volledige ongevallenaangifte vanaf 2008 –Duitse versie

Geachte heer directeur

Samen met de aanschrijving 2007/4 van 9 juli 2007 hebben wij u de Franse en de Nederlandse versie van het nieuwe modelformulier voor de aangifte van een arbeidsongeval bezorgd. Dit formulier is van toepassing voor alle ongevallen vanaf 1 januari 2008.

Hierbij ingesloten vindt u de Duitse versie van het aangifteformulier 2008.

De adjunct-administrateur-generaal

J. De Baets

## ARBEITSUNFALLERKLÄRUNG

Versicherungsunternehmen:

Nummer der Versicherungspolice: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Unterteilung der Policennummer: \_\_\_\_\_

Tarifcode des Opfers (siehe Versicherungspolice): \_\_\_\_\_

Unfallkarte: Jahr \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Nummer des Unfalls beim Versicherer: \_\_\_\_\_

MSR-Nummer: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:** Senden Sie vorliegendes Formular binnen 8 Kalendertagen nach dem Unfall an den Versicherer mit einem ärztlichen Attest über die erste Hilfe (Art. 62 des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle und Königlicher Erlass vom 12. März 2003).

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

ARBEITGEBER	
1	Unternehmensnummer: _____ LASS-Nummer: _____ und, im Falle mehrerer Niederlassungen, Niederlassungseinheitsnummer: _____
2	Name + Vorname oder Handelsname: _____
3	Straße/Nr./Bfk: _____ Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____
4	Tätigkeit des Unternehmens: _____
5	Telefonnummer der Kontaktperson: _____
6	Bankkontonummer (I): IBAN _____ Bankidentifikationsnummer: BIC _____

OPFER	
7	ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit): _____
8	Name: _____ Vorname: _____
9	Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
10	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Staatsangehörigkeit: _____
11	Hauptwohnort – Straße/Nr./Bfk: _____ Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____ Postanschrift (anzugeben, wenn es sich nicht um den Hauptwohnort handelt) Straße/Nr./Bfk: _____ Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____ Telefonnummer: _____
12	Sprache für die Korrespondenz mit dem Opfer: <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Niederländisch <input type="checkbox"/> Deutsch
13	Verwandschaft mit dem Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> keine Verwandtschaft <input type="checkbox"/> ersten Grades (Eltern und Kinder) <input type="checkbox"/> andere (z. B. Onkel, Großeltern)
14	Bankkontonummer (I): IBAN _____ Bankidentifikationsnummer: BIC _____
15	Dimona-Nr. der Arbeitsstelle: _____
16	Datum des Dienstantritts: _____
17	Dauer des Arbeitsvertrages: <input type="checkbox"/> unbefristete Dauer <input type="checkbox"/> befristete Dauer Ist das Datum des Dienstaustritts bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Datum des Dienstaustritts: _____
18	Gewöhnlicher Beruf im Unternehmen: _____ ISCO-Code: _____ Dienstalter des Opfers im Unternehmen: <input type="checkbox"/> weniger als 1 Woche <input type="checkbox"/> von 1 Woche bis 1 Monat <input type="checkbox"/> von 1 Monat bis 1 Jahr <input type="checkbox"/> mehr als 1 Jahr
19	Ist das Opfer ein Aushilfsmitarbeiter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Unternehmensnummer des Entleihunternehmens: _____ Name: _____ Anschrift: _____
20	Arbeitete das Opfer am Unfallzeitpunkt in der Niederlassung eines anderen Arbeitgebers im Rahmen von Arbeiten für ein Fremdunternehmen? <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Unternehmensnummer dieses anderen Arbeitgebers: _____ Name: _____ Anschrift: _____

UNFALL	
21	Unfalltag: _____ Unfalldatum: _____-____-____ um _____ Uhr _____ Minute(n)
22	Tag, an dem der Arbeitgeber benachrichtigt worden ist: _____ um _____ Uhr _____ Minute(n)
23	Art des Unfalls: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall
24	Arbeitsstundenplan des Opfers am Unfalltag: von _____ Uhr _____ bis _____ Uhr _____ und von _____ Uhr _____ bis _____ Uhr _____
25	Unfallort: <input type="checkbox"/> innerhalb des Betriebs an der im Feld 3 angegebenen Anschrift <input type="checkbox"/> auf der öffentlichen Straße. Wenn ja, handelt es sich um einen Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> an einem anderen Ort: Sollten Sie das 2. oder 3. Kästchen angekreuzt haben, bitte geben Sie die Anschrift (nur die Postleitzahl und die Baustellennummer im Falle einer ortsveränderlichen oder zeitlich begrenzten Baustelle) an! Straße/Nr./Bfk: _____ Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____ Land: _____ Baustellennummer: _____
26	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 Kai liegenden Schiffes, unter Wasser usw.)? _____ _____
27	<u>Allgemeine Tätigkeit</u> (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, Pfllege, Hilfe am Menschen, Ausbildung, Büroarbeit, Kauf, Verkauf, künstlerische Tätigkeit usw., oder die Nebentätigkeiten dieser verschiedenen Arbeiten wie Installation, Demontage, Wartung, Reparatur, Reinigung usw.): _____ _____
28	<u>Spezifische Tätigkeit</u> , 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, Besteigen einer Leiter, Laufen, Hinsetzen usw.) <u>UND</u> damit zusammenhängende <u>Gegenstände</u> (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.): _____ _____
29	An welchem Arbeitsplatz befand sich das Opfer? <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> an seinem gewöhnlichen Arbeitsplatz oder in seiner gewöhnlichen örtlichen Einheit <input type="checkbox"/> an einem vorübergehenden oder mobilen Arbeitsplatz bzw. unterwegs i.A. des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> an einem anderen Arbeitsplatz
30	Welche vom normalen Arbeitsablauf abweichende Ereignisse (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 Bewegung, Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff usw.) haben zum Unfall geführt? Falls sie eine Rolle beim Unfalleintritt gespielt haben, geben Sie alle Ereignisse <u>UND</u> die damit zusammenhängenden <u>Gegenstände</u> an (z. B. Werkzeug, Maschine, Ausrüstung, Materialien, Gegenstände, Instrumente, Stoffe usw.). _____ _____
31	Letzte Abweichung, die zum Unfall führte <sup>(3)</sup> : _____ Code <sup>(3)</sup> : _____
32	Gegenstand dieser Abweichung <sup>(3)</sup> : _____ Code <sup>(3)</sup> : _____

33 Ist ein Protokoll erstellt worden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Protokoll mit Kennnummer ..... erstellt in .....  
 am ..... von .....

34 Kann ein Dritter für den Unfall verantwortlich gemacht werden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Name und Anschrift: .....  
 Name und Anschrift des Versicherers: ..... Versicherungspolice-Nr.: .....

35 Gab es Zeugen?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Name Straße/Nr./BfK Postleitzahl Gemeinde Land Art <sup>(4)</sup>

**GEFAHRENVERHÜTUNG**

45 Welche Schutzmittel trug das Opfer am Unfallzeitpunkt?  
 keine  Schutzhelm  Handschuhe  Schutzbrille  Gesichtsschutzschild  
 Schutzjacke  Schutzkleidung  Gehörschutz  Sicherheitsschuhe  
 Maske mit Luftzufuhr  Filtermaske  antiseptische Maske  
 Auffanggurt  andere: .....

46 Zur Vermeidung der Wiederholung ähnlicher Unfälle getroffene Gefahrenverwaltungsmaßnahmen:  
 ..... Code <sup>(3)</sup> .....  
 ..... Code <sup>(3)</sup> .....

47 Unternehmenseigene Risikocodes <sup>(6)</sup> .....

**VERLETZUNG**

36 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)geklümmt-, (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.  
 .....

37 Art der Verletzung <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup> .....

38 Betroffener Körperteil <sup>(3)</sup> ..... Code <sup>(3)</sup> .....

**ENTSCHÄDIGUNG**

48 Ist das Opfer bei dem LASS angeschlossen?  ja  nein  
 Wenn nicht, Gründe angeben: .....

49 Arbeitnehmercode der Sozialversicherung: .....  
 Wenn nicht bekannt, die Berufskategorie angeben:  Arbeiter  Angestellter  Hausangestellter  
 Lehrling mit Lehrvertrag  unbezahlter Auszubildender  sonstige (genaue Angaben): .....

50 Handelt es sich um einen Lehrling in der Ausbildung zum Betriebsleiter?  ja (weiter zu Frage 62)  nein

51 Paritätische (Unter)Kommission - Bezeichnung: ..... Nummer: .....  
 52 Art des Arbeitsvertrags:  Vollzeitvertrag  Teilzeitvertrag  
 53 Anzahl Tage pro Woche in der Arbeitsregelung: .. Tage und .. Hundertstel  
 54 Durchschnittliche Wochenstundenzahl des Opfers: .. Stunden und .. Hundertstel  
 55 Durchschnittliche Wochenstundenzahl der Referenzperson: .. Stunden und .. Hundertstel  
 56 Ist das Opfer ein Pensionierter, der noch eine Berufstätigkeit ausübt?  ja  nein  
 57 Entlohnungsmodus:  feste Entlohnung (weiter zu Frage 58)  
 pro Stück, pro Aufgabe oder pro Auftrag (weiter zu Frage 60)  
 Provision (ganz oder teilweise) (weiter zu Frage 60)

58 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 Zeiteinheit und der Periodizität entsprechen): € .....

59 Bezieht das Opfer eine Jahresendprämie?  ja  nein  
 Wenn ja, entspricht sie:  % des Jahreslohnes  
 einem Pauschalbetrag in Höhe von € .....  
 dem Lohn für .. Stunden

60 Sonstige nicht in einer anderen Rubrik erwähnte Vorteile: € ..... (auf Jahresbasis)  
 Art der Vorteile: .....

61 Hat das Opfer im Jahre vor dem Arbeitsunfall die Funktion gewechselt?  ja  nein  
 Wenn ja, Datum des letzten Funktionswechsels: .....

62 Anzahl der am Unfalltag nicht geleisteten Arbeitsstunden: .....  
 Lohnausfall wegen der nicht geleisteten Arbeitsstunden: € .....

**PFLEGE**

39 Ist beim Arbeitgeber medizinische Pflege geleistet worden?  ja  nein  
 Wenn ja, Datum: ..... um .. Uhr .. Minute(n)  
 Eigenschaft des Pflegebringers: .....  
 Beschreibung der geleisteten Pflege: .....

40 Ist von einem externen Arzt medizinische Pflege geleistet worden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Datum: ..... um .. Uhr .. Minute(n)  
 LIKIV-Erkennungsnummer des externen Arztes <sup>(5)</sup>: .....  
 Name und Vorname des externen Arztes: .....  
 Straße/Nr./BfK: .....  
 Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....

41 Ist in einem Krankenhaus medizinische Pflege geleistet worden?  ja  nein  unbekannt  
 Wenn ja, Datum: ..... um .. Uhr .. Minute(n)  
 LIKIV-Erkennungsnummer des Krankenhauses <sup>(5)</sup>: .....  
 Name des Krankenhauses: .....  
 Straße/Nr./BfK: .....  
 Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....

**FOLGEN**

42 Folgen des Unfalls:  
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, keine Prothesen vorzusehen  
 keine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, aber Prothesen vorzusehen  
 zeitweilige Arbeitsunfähigkeit  
 bleibende Arbeitsunfähigkeit vorzusehen  
 Tod Todesdatum: .....

43 Einstellung der Berufstätigkeit – Datum: ..... um .. Uhr .. Minute(n)

44 Datum der tatsächlichen Arbeitswiederaufnahme: ..... Falls noch keine Wiederaufnahme, wahrscheinliche Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit: ..... Tage

Abgeber der Erklärung (Name und Eigenschaft): ..... Name des Gefahrenverwaltungsberaters: .....

Datum ..... Datum .....

Unterschrift: ..... Unterschrift: .....

<sup>(4)</sup> "U" für einen unmittelbaren Zeugen und "M" für einen mittelbaren Zeugen ausfüllen.  
<sup>(5)</sup> Ausfüllen wenn bekannt.  
<sup>(6)</sup> Kein zwingendes Feld.  
<sup>(7)</sup> Pflichtformat ab 2011. Bis 2010 darf die 12-stellige Kontonummer angegeben werden.

<sup>(1)</sup> Im Sinn der Gesetzgebung über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit, insbesondere des Abschnitts 1 „Arbeiten von Fremdunternehmen“ des Kapitels IV „Besondere Bestimmungen bei Arbeiten, die von Fremdunternehmen verrichtet werden“ des Gesetzes vom 4. August 1996. <sup>(2)</sup> Bitte im Falle eines Wegeunfalls nicht ausfüllen.  
<sup>(3)</sup> Siehe Anlage IV zu Titel II Kapitel I des Gesetzbuches über das Wohlbefinden bei der Arbeit (KE: 27. März 1998 über den Internen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz).

63 Krankenkasse – Code oder Name: .....  
 Straße/Nr./BfK: .....  
 Postleitzahl: ..... Gemeinde: .....

Eintragungsnummer: .....