

4. PRÄVENTIONSMAßNAHMEN

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Wunden und oberflächliche Verletzungen | ☐ Schäden durch Schall, Vibration und Druck |
| ☐ Knochenfrakturen | ☐ Schäden durch extreme Temperaturen, Licht oder Strahlungen |
| ☐ Dislokationen, Verstauchungen und Zerrungen | ☐ Schock (emotionaler / psychologischer) |
| ☐ Erschütterungen und innere Verletzungen | ☐ Verbrennungen und Erfrierungen |
| ☐ Andere Verletzungen, bitte angeben: | |

5.03 Bitte den **betroffenen Körperteil** der Verletzung(en) angeben

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Kopf | Auge(n) | ☐ links | ☐ rechts |
| ☐ Hals | Schulter(n) | ☐ links | ☐ rechts |
| ☐ Rücken | Arm(e) einschl. Ellbogen | ☐ links | ☐ rechts |
| ☐ Brustkorb | Hand (Hände) | ☐ links | ☐ rechts |
| ☐ Bauch, Becken | Bein(e), einschl. Knie | ☐ links | ☐ rechts |
| | Fuß (Füße) | ☐ links | ☐ rechts |
| ☐ 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 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