



Regionaldienst

Unfallmeldung

Artikel 136, §2 und 3 -
 koordiniertes Gesetz vom
 14.7.94
 Art. 295 – K.E. vom 3.7.96

*Angaben bitte in Druckschrift und nur ein Zeichen pro Kästchen
 Vermeiden Sie Streichungen. Spezifische Anweisungen finden Sie
 in den betreffenden Rubriken.*

Rubrik 1: Identifizierung des Opfers

Anweisung: Bitte füllen Sie die vorgegebenen Felder aus ODER kleben Sie eine Vignette der Krankenkasse auf.

Name:

Vorname:

ENSS-Nummer: -

(Siehe links oben auf der Rückseite des Personalausweises)

(Vignette der Krankenkasse)

Rubrik 2: Umstände des Vorfalles

Anweisung: Zutreffendes bitte ankreuzen und die dazugehörige Anweisung befolgen

| | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A. Arbeitsunfall | <i>Füllen Sie die Rubriken 3, 4, 6 und 8 aus</i> |
| <input type="checkbox"/> | B. Verkehrsunfall auf dem Arbeitsweg (Hin- oder Rückfahrt) | <i>Füllen Sie die Rubriken 3, 4, 5, 6 und 8 aus</i> |
| <input type="checkbox"/> | C. Verkehrsunfall, aber nicht auf dem Arbeitsweg | <i>Füllen Sie die Rubriken 3, 4, 5 und 8 aus</i> |
| <input type="checkbox"/> | D. Anderer Unfall als die unter A, B und C erwähnten Möglichkeiten, für den ein Dritter eventuell haftbar gemacht werden kann (= "vermutlich haftender Dritter") (z.B. absichtliche Körperverletzung, medizinischer Unfall, Brand, von Tieren oder Gegenständen verursachter Unfall, Schulunfall) | <i>Füllen Sie die Rubriken 3, 4, 7 und 8 aus</i> |

3.4 Hauptzeugen

1) Name:

Vorname:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

2) Name:

Vorname:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

Rubrik 4: Folgen des Vorfalls

Anweisung: : Beantworten Sie alle Fragen/füllen Sie die beantragten Daten ein

4.1. Welche Verletzungen hat das Opfer erlitten? (kurze Beschreibung)

.....
.....
.....
.....
.....

4.2. Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? Tage

4.3. Wurde das Opfer ins Krankenhaus aufgenommen? Ja Nein

Bezeichnung des Krankenhauses:

Name:

Ort:

Ab dem: / / 20

4.4. Hat ein Arzt das Opfer gepflegt? Ja Nein

Name und Anschrift des Arztes:

Name:

Vorname:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

Rubrik 5: Angaben zum Verkehrsunfall

Anweisung: Beantworten Sie in jedem Fall die Fragen 5.1., 5.3., 5.4., 5.5., 5.6. und 5.7. ; beantworten Sie Frage 5.2. nur wenn das Opfer der Fahrer oder der Beifahrer des Kraftfahrzeuges war.

5.1. Das Opfer war ... ?

- Fahrer eines Kraftfahrzeuges (PKW, Motorrad, usw.)
- Beifahrer eines Kraftfahrzeuges (PKW, Motorrad, usw.)
- andere Möglichkeit: (Fußgänger, Radfahrer, ...):

.....
Füllen Sie bitte auch die Rubriken 5.3 bis 5.7 aus

5.2. Nur ausfüllen wenn das Opfer der Fahrer oder Beifahrer eines Kraftfahrzeuges war

Wer ist der Fahrzeugeigentümer/die Fahrzeugeigentümerin?

Name:

Vorname:

Straße :

Nr.: BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

Bei welcher Gesellschaft ist das Fahrzeug versichert?

Name:

Nummer des Versicherungsvertrags:

Aktenzeichen:

5.3. Haben Sie die Rechtsschutzversicherung eingeschaltet? Ja Nein

Name:

Nummer des Versicherungsvertrags:

Aktenzeichen:

5.4. Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? Ja Nein

Name:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

5.5. Hat die Polizei ein Protokoll aufgenommen? Ja Nein

Polizeizone :

Datum des Protokolls: / / 20

Nummer des Protokolls:

Wenn Sie das Protokoll erhalten haben, legen Sie bitte eine Kopie bei.

5.6. War eine andere Person vermutlich verantwortlich für den Unfall (= "vermutlich haftender Dritter")? Ja Nein

Personalien des vermutlich haftenden Dritten:

Name:

Vorname:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

Fahrzeug des vermutlich haftenden Dritten:

PKW Motorrad Fahrrad Sonstiges (*bitte ausfüllen*):

.....

Angaben der Versicherungsgesellschaft des Fahrzeuges des vermutlich haftenden Dritten /des anderen beteiligten Fahrzeuges:

Name:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

Nummer des Versicherungsvertrags:

Aktenzeichen:

5.7. Haben Sie Schadenersatz gefordert? Ja Nein

Haben Sie Schadenersatz erhalten? Ja Nein

Wenn NEIN → Haben Sie Klage gegen die Drittperson erhoben oder haben Sie vor, Klage zu erheben? Ja Nein

Rubrik 6: Arbeitsunfall oder Unfall auf dem Arbeitsweg

6.1 Wurde der Unfall dem Arbeitgeber gemeldet? Ja Nein

6.2. Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Name:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

6.3. Bezeichnung und Anschrift der Versicherungsgesellschaft des Arbeitgebers (gesetzlicher Versicherer):

Name:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

a) Nummer des Versicherungsvertrags:

b) Aktenzeichen:

6.4. Hat der Arbeitgeber dem gesetzlichen Versicherer eine Unfallmeldung übermittelt?

Ja Nein

6.5. Wird der Unfall vom gesetzlichen Versicherer anerkannt als:

- Arbeitsunfall? Ja Nein

- Unfall auf dem Arbeitsweg? Ja Nein

6.6. Warum wird er nicht als solcher anerkannt?

.....
.....
.....
.....

6.7. Wurde gerichtlich Klage eingereicht? Ja Nein

Wenn ja:

- gegen den Arbeitgeber: Ja Nein

- gegen den gesetzlichen Versicherer des Arbeitgebers: Ja Nein

- vor welchem Gericht?

- Welche Folge wurde der Klage gegeben?

.....
.....
.....

6.8. Beantragte das Opfer Hilfe? Ja Nein

Wenn ja: Name und Anschrift des Rechtsanwalts/der Gewerkschaftsorganisation

Name:

Vorname:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

7.3. Hat die Polizei ein Protokoll aufgenommen? Ja Nein

Polizeizone :

Datum des Protokolls: / / 20

Nummer des Protokolls:

Wenn Sie das Protokoll erhalten haben, legen Sie bitte eine Kopie bei.

7.4. Haben Sie die Rechtsschutzversicherung eingeschaltet ? Ja Nein

Name:

Nummer des Versicherungsvertrags:

Aktenzeichen:

7.5. Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? Ja Nein

Name:

Straße :

Nr : BK :

Postleitzahl: Gemeinde:

7.6. Haben Sie Schadenersatz gefordert? Ja Nein

Haben Sie Schadenersatz erhalten? Ja Nein

Wenn NEIN → Haben Sie Klage gegen die Drittperson erhoben oder haben Sie vor, Klage zu erheben?

Ja Nein

Rubrik 8: Eidesstattliche Erklärung des Opfers oder dessen gesetzlichen Vertreters

"Ich erkläre darüber informiert zu sein, dass ich mich nicht auf eine gütliche Einigung mit der Gegenpartei ohne die Zustimmung der Krankenkasse berufen kann. Ich lege diesem Formular sämtliche Unterlagen, die sich auf den vorstehend gemeldeten Schadensfall beziehen, bei.

Ich weiß, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung gemäß Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches eine Geld- oder Freiheitsstrafe zur Folge haben kann.

Ich weiß ebenso, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung oder deren Gebrauch die Anwendung einer Verwaltungsstrafe zur Folge haben kann, und zwar ein administratives Bußgeld im Bereich der Gesundheitsleistungen, oder den Entzug der Entschädigungsansprüche gemäß Artikel 168 quinquies des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994.

Ich Unterzeichnete(r) (Name und Vorname) erlaube meiner Krankenkasse, im Rahmen des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens und des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Patientenrechte, bei der betreffenden Versicherungsgesellschaft, dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus meine Personalien und/oder medizinischen Berichte, die im Rahmen einer einseitigen und/oder kontradiktorischen Untersuchung abgefasst wurden, anzufordern, dies zu deren Verarbeitung und zur guten Verwaltung der Akte.

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Unterschrift (des Opfers oder dessen gesetzlichen Vertreters):

Datum: / / 20

Schutz des Privatlebens

Die Krankenkasse benötigt diese Angaben zur Anwendung von Artikel 136, §2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und Artikel 295 des K.E. vom 3. Juli 1996.

Der/die Berechtigte

- kann Einsicht in diese Daten beantragen und fehlerhafte Personalien korrigieren lassen (Gesetz vom 8. Dezember 1992 - Schutz des Privatlebens). Falls Sie von diesem Recht Gebrauch zu machen wünschen, wenden Sie sich bitte schriftlich an die Krankenkasse.
- kann nähere Auskünfte über die Verarbeitung dieser Daten beim Ausschuss für den Schutz des Privatlebens: <http://www.privacycommission.be> erhalten.