

# Unfallklärung (1)

Erste Seite immer ausfüllen, selbst wenn es sich nicht um einen Unfall handelt

## 1 Angaben zum Versicherten/zum Unfallopfer

Name: ..... Vorname: .....

Nationalregisternummer: .....

Telefon: ..... E-Mail-Adresse: .....

Sie sind:            Arbeitnehmer(in)            Selbstständige(r)            Beamte(r)            arbeitslos  
                         Pensionsempfänger(in)            invalide            Mitversicherte(r)

Diese Unfallklärung betrifft:	Was müssen Sie ausfüllen?
eine Krankheit oder eine ärztliche Behandlung ohne Bezug zu einem Unfall	Feld 2
einen Unfall in der Schule, beim Sport oder einen anderen Unfall, für den niemand haftbar gemacht werden kann	Feld 2
einen Rückfall des Unfalls vom ... / ... / ...	Feld 2
einen Arbeitsunfall	Felder 2, 3, 4 und 7
einen Unfall auf dem Weg von der oder zur Arbeit	Felder 2, 3, 4, 5 und 7
einen Verkehrsunfall	Felder 2, 3, 5 und 7
einen anderen Unfall, für den ein Dritter haftbar gemacht werden kann (z.B. Unfall mit Tieren, Brände, Katastrophen, absichtliche Körperverletzung, ...)	Felder 2, 3, 6 und 7

## 2. Beschreibung des Unfallhergangs

Datum:   -   -                Uhrzeit: .....

Unfallort (Land, Gemeinde, Straße, Nummer): .....

Klare und genaue Beschreibung des Unfallhergangs:

.....  
.....

Mir ist bewusst, dass:

- man sich nicht auf einen gütlichen Vergleich mit der Gegenpartei berufen kann ohne Zustimmung der Christlichen Krankenkasse;
- ich der Christlichen Krankenkasse sämtliche Unterlagen zu den Obengenannten Tatsachen zur Verfügung stellen muss;
- eine falsche oder unvollständige Erklärungen und/oder die Verwendung solcher Erklärungen Strafen nach sich ziehen:
  - strafrechtliche Sanktionen: Geldstrafen und/oder Freiheitsstrafen (Art. 233 des Sozialstrafgesetzbuches)
  - verwaltungsrechtliche Sanktionen: Bußgeld im Bereich der Gesundheitsleistungen und/oder den Entzug aller Geldleistungsansprüche (Art. 168 quinquies des Gesetzes vom 14.07.1994)

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

Datum:   -   -                Unterschrift des Versicherten oder Name, Vorname und Unterschrift seines Vertreters:

.....

Unter Berücksichtigung Ihrer Privatsphäre verwendet die CKK Ihre persönlichen Daten im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung (Gesetz vom 14/7/1994) und im Rahmen der Zusatzversicherung (Gesetz vom 6.8.1990). Aufgrund des Gesetzes vom 8.12.1992 über den Schutz des Privatlebens bei der Verarbeitung von persönlichen Daten haben Sie das Recht, Ihre persönlichen Daten zu konsultieren und diese auf schriftliche Anfrage bei Ihrer Geschäftsstelle der Christlichen Krankenkasse zu korrigieren (mehr Informationen finden Sie auf <http://www.privacycommission.be>)

(1) Art. 136 des Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, koordiniert am 14. Juli 1994 und Art. 295 des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996

# Unfallklärung (1)

Erste Seite immer ausfüllen, selbst wenn es sich nicht um einen Unfall handelt

## 3. Beschreibung der Verletzungen

Beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Verletzungen (wenn Sie eine ärztliche Bescheinigung haben, legen Sie eine Ablichtung bei):

Nach dem Unfall war eine stationäre Behandlung erforderlich vom  -  -

bis zum  -  -

Name des Krankenhauses: ..... Ort: .....

Nach dem Unfall war eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit erforderlich vom  -  -

bis zum  -  -

Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres Hausarztes: .....

## 4. Arbeitsunfall

1. Der Unfall ist passiert: während der Arbeitszeit auf dem Weg zur oder von der Arbeit (in diesem Fall ist auch Feld 5 auszufüllen)

2. Es gibt Unfallzeugen: Ja Nein

Name und Anschrift der Zeugen: .....

3. Sie haben Ihren Arbeitgeber über den Arbeitsunfall in Kenntnis gesetzt: Ja Nein

Name Ihres Arbeitgebers: .....

Anschrift Ihres Arbeitgebers: .....

4. Der Arbeitgeber hat der Unfallversicherung den Arbeitsunfall gemeldet: Ja Nein

Versicherungsgesellschaft Ihres Arbeitgebers: .....

Nummer des Versicherungsvertrags: ..... Aktenzeichen bei dieser Versicherung: .....

5. Die Entscheidung der Arbeitsunfallversicherung lautet: (bitte legen Sie den Bescheid der Versicherungsgesellschaft bei):

Der Unfall wird übernommen.

Der Unfall wird unter Vorbehalt übernommen (die Versicherung hat noch keine Entscheidung getroffen).

Der Unfall wird abgelehnt ab dem  -  -

Grund für die Ablehnung: .....

Sie sind mit dieser Ablehnung einverstanden: Ja Nein

Name und Anschrift Ihrer Gewerkschaft oder Ihres Anwalts, wenn Sie den Bescheid anfechten:

Telefon: ..... Aktenzeichen: .....

6. Es handelt sich um Rückfall einen früheren Arbeitsunfalls: Ja Nein

Dieser frühere Arbeitsunfall war bereits anerkannt für die Zeit vom  -  -

bis zum  -  -

Dieser frühere Arbeitsunfall war abgelehnt worden für die Zeit vom  -  -

bis zum

Dieser frühere Arbeitsunfall war der Arbeitsunfallversicherung oder dem Fonds für Arbeitsunfälle gemeldet worden:

Ja Nein Aktenzeichen: .....



# Unfallklärung (1)

**Erste Seite immer ausfüllen, selbst wenn es sich nicht um einen Unfall handelt**

5. Sie haben bereits Schadensersatz von der Gegenpartei gefordert: Ja Nein Betrag: ..... Euro  
Sie haben bereits Schadensersatz von der Gegenpartei erhalten: Ja Nein Betrag: ..... Euro  
Wenn es Unfallzeugen gibt, bitten wir Sie um Mitteilung der Namen und Adressen: .....

## 6. Anderer Unfall, für den ein Dritter haftbar gemacht werden kann

1. Der Unfall wurde von der Polizeidienststelle ..... aufgenommen (**bitte übermitteln Sie uns eine Kopie**).  
Datum des Protokolls:   -   -     Nummer des Protokolls: .....  
Versicherungsgesellschaft der Familienhaftpflicht- oder der Rechtsbeistandsversicherung: .....  
Nummer des Versicherungsvertrags: ..... Aktenzeichen: .....  
Name und Telefonnummer Ihres Versicherungsmaklers: .....  
Name und Anschrift Ihres Anwalts: .....

2. Name der Gegenpartei: .....  
Adresse der Gegenpartei: .....  
Versicherungsgesellschaft + Adresse: .....  
Nummer des Versicherungsvertrags: ..... Aktenzeichen: .....  
Name und Anschrift des Anwalts der Gegenpartei: .....

3. Sie haben bereits Schadensersatz von der Gegenpartei gefordert: Ja Nein Betrag: ..... Euro  
Sie haben bereits Schadensersatz von der Gegenpartei erhalten: Ja Nein Betrag: ..... Euro  
Wenn es Unfallzeugen gibt, bitten wir Sie um Mitteilung der Namen und Adressen: .....

## 7. Ermächtigung (zur Übermittlung von ärztlichen Daten oder Verwaltungsdaten zum Unfall)

Ich Unterzeichnete(r), (Name, Vorname und vollständige Anschrift) .....

Beziehung zum Unfallopfer (wenn das Unfallopfer die Erklärung nicht selbst ausfüllt) .....

ermächtige hiermit ausdrücklich die Christliche Krankenkasse im Rahmen des Gesetzes vom 8. Dezember über den Schutz des Privatlebens bei der Verarbeitung von persönlichen Daten und des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten, die gesamten medizinischen Daten und/oder die im Rahmen eines einseitigen und/oder kontradiktorischen Sachverständigengutachtens erstellten Berichte gegenüber der zuständigen Versicherungsgesellschaft einzufordern, um diese einsehen und verarbeiten zu können im Hinblick auf eine schnelle und praktische Bearbeitung der Unfallakte vom

-   -

Datum:   -   -

Unterschrift (versehen mit dem Vermerk 'Gelesen und genehmigt'): .....