

A. MITGLIED	
1.	Name und Vorname:
2.	Nationalregisternummer (siehe Personalausweis):
3.	Anschrift:

Kreuzen Sie in der nachstehenden Tabelle das entsprechende Feld an, das Ihrer Situation entspricht

Art des Unfalls		Auszufüllende Felder
<input type="checkbox"/>	Es handelt sich nicht um einen Unfall, sondern um eine Krankheit oder um eine medizinische Behandlung.	Rubrik B. 4. (Datum des Geschehens)
<input type="checkbox"/>	Privatunfall (Eigenverschulden ohne Beteiligung eines Dritten)	Rubriken B, C
<input type="checkbox"/>	Privatunfall (Drittverschulder)	Rubriken B, C, G
<input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall	Rubriken B, C, D
<input type="checkbox"/>	Schulunfall, Sportunfall, Jugendbewegung	Rubriken B, C, E
<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall (auch bei Unfall auf oder von dem Weg zur Arbeit)	Rubriken B, C, F

B.	ANGABEN ZU DEM UNFALL oder ZU DER GEWALTTAT, der (die) eine Verletzung hervorgerufen hat	Diese Rubrik <u>in jedem Fall (Unfall)</u> ausfüllen
4.	Ort des Geschehens: - Land und Gemeinde:..... - Straße oder Platz: - Anstalt (Raum oder Baustelle, usw.):..... Datum des Geschehens: / / Uhrzeit:	
5.	Beschreiben Sie klar und deutlich, wie der Unfall sich ereignet hat:.....	
6.	Bei Verkehrsunfall oder Unfall mit Drittverantwortlichkeit, die Punkte 6. bis 10. ausfüllen, andernfalls sofort zur Rubrik C überspringen. Wurde ein Protokoll aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Das Protokoll wurde ausgestellt durch: <input type="checkbox"/> die Polizei <input type="checkbox"/> die Autobahnpolizei <input type="checkbox"/> die Staatsanwaltschaft: in: Datum des Protokolls: / / - Nr. des Protokolls	
7.	Wurde eine Anklage erhoben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.	Wer ist Ihrer Meinung nach für diesen Unfall verantwortlich und weshalb?	
9.	Name und Anschrift des Anwalts des Opfers oder der Rechtsschutzversicherung:	
und/ oder	Name und Anschrift der Person, die die Interessen des Opfers vertritt (Anwalt oder Gewerkschaftsvertreter):.....	
10.	Befand sich das Opfer auf der Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls JA, auch die Rubrik F. ausfüllen: Arbeitsunfall oder Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit.	

C.	ANGABEN ZU DER VERLETZUNG	Diese Rubrik <u>in jedem Fall (Unfall)</u> ausfüllen
11.	Art der Körperverletzung:	
	
	
	
12.	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:	
13.	Wurde das Opfer hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name des Krankenhauses:	
	
	Datum der Krankenhausaufnahme: / /	
14.	Name und Adresse des behandelnden Arztes:	
	

D.	VERKEHRSUNFALL	Insofern ein Dritter an diesem Unfall beteiligt ist, auch die <u>Rubrik G.</u> ausfüllen
15.	<input type="checkbox"/> Das Opfer war Fußgänger.	
16.	<input type="checkbox"/> Das Opfer steuerte selbst das Fahrzeug.	
	Art des Fahrzeugs: <input type="checkbox"/> Kraftwagen <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad	
	<input type="checkbox"/> ein sonstiges Fahrzeug (genau beschreiben):.....	
	
17.	<input type="checkbox"/> Das Opfer war Beifahrer seines eigenen Fahrzeugs.	
	Name und Anschrift des Fahrers:	
	
18.	<input type="checkbox"/> Das Opfer war Beifahrer eines anderen Fahrzeugs.	
	Name und Anschrift des Fahrers:	
	
	Name und Anschrift des Eigentümers des Fahrzeugs:	
	
Insofern Sie den Punkt 16. , 17. oder 18. angekreuzt haben, folgende Angaben bezüglich IHRER Versicherung vervollständigen (die Angaben bezüglich der Gegenpartei folgen erst in der <u>Rubrik G.</u>)		
19.	Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft des Fahrzeugs, in dem Sie saßen:	
	
	
	Immatrikulationsnummer des Fahrzeugs:	
	Policennummer: Unfallnummer:	
	Geben Sie die vollständige Identität aller Insassen der beteiligten Fahrzeuge an:	
	
	
	
	
	

E.	UNFALL IN DER SCHULE, JUGENDBEWEGUNG, SPORTUNFALL	- Bei Verkehrsunfall auf dem Weg zur Schule, zur Jugendorganisation oder zum Sportverein, auch die Rubrik D. ausfüllen. - Bei Unfall eines Berufssportlers, auch die Rubrik F. ausfüllen.
20.	Name und Anschrift der Schule, der Organisation, des Vereins:	
21.	Wurde das Opfer willkürlich verletzt oder angegriffen und kann ein Dritter zur Verantwortung gezogen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Durch wen? Name und Anschrift : In diesem Fall, ebenfalls die Rubrik G. ausfüllen.	

F.	ARBEITSUNFALL ODER UNFALL AUF DEM WEG VON ODER ZUR ARBEIT	Insofern ein Dritter an diesem Unfall beteiligt ist, auch die Rubrik G. ausfüllen
22.	Wurde der Arbeitgeber über den Unfall informiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Anschrift des Arbeitgebers: Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft des Arbeitgebers (gesetzliche Unfallversicherung): Policennummer: Unfallnummer:.....	
23.	Hat der Arbeitgeber bei der gesetzlichen Unfallversicherung die geforderte Arbeitsunfallerklärung eingereicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
24.	Die gesetzliche Unfallversicherung hat folgende Entscheidung getroffen: <input type="checkbox"/> Es wurde noch keine Entscheidung getroffen <input type="checkbox"/> Die Kosten des Unfalls werden übernommen <input type="checkbox"/> Die Kosten des Unfalls werden nicht übernommen. <u>Grund</u> :	
25.	Wurde gegen den Arbeitgeber oder gegen die gesetzliche Unfallversicherung Klage erhoben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei welchem Gericht? Mit welchen Folgen?	
26.	Handelt es sich um einen Rückfall infolge eines früheren Unfalls? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Die Arbeitsunfähigkeit ist bereits anerkannt für die Periode von bis <input type="checkbox"/> Die Arbeitsunfähigkeit wird angefochten für die Periode von bis	

G. AUSKÜNFTE BEZÜGLICH DES DRITTEN (Gegenpartei)

27. a) Name und Anschrift des Dritten - **Gegenpartei 1** :
.....
Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft (Privathaftpflicht, KFZ-Versicherung, ...) des Dritten:
.....
Policenummer Unfallnummer:
Bei Verkehrsunfall: Immatrikulationsnummer des beteiligten Fahrzeugs:

b) Name und Anschrift des Dritten - **Gegenpartei 2** (falls vorhanden):
.....
Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft (Privathaftpflicht, KFZ-Versicherung, ...) des Dritten:
.....
Policenummer Unfallnummer:
Bei Verkehrsunfall: Immatrikulationsnummer des beteiligten Fahrzeugs:

28. Nur auszufüllen, insofern der Dritte für seinen Arbeitgeber tätig war:
Name und Anschrift des Arbeitgebers des Dritten:
.....
.....
Verantwortliche Versicherungsgesellschaft des Arbeitgebers:
.....
Policenummer: Unfallnummer:

29. Name und Anschrift des Anwalts des Dritten:
.....

30. Wurde ein gütlicher Vergleich zwischen dem Opfer und dem Dritten getroffen? ja nein
Worin besteht dieser gütliche Vergleich?
.....

31. Hat das Opfer schon Schadensersatz vom Dritten gefordert? ja nein

32. Hat das Opfer schon Schadensersatz vom Dritten erhalten? ja nein

33. Hat das Opfer bereits eine Klage gegen den Dritten erhoben? ja nein

Ehrenwörtliche Erklärung des Opfers oder seines gesetzlichen Vertreters

Mir ist bekannt, dass ein mit der Gegenpartei eingegangener gütlicher Vergleich der Krankenkasse gegenüber nur wirksam sein kann, wenn deren Zustimmung vorher eingeholt wurde. Ich füge dieser Erklärung alle Dokumente bzgl. des oben genannten Unfalls bei.

Mir ist bewusst, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung gemäß Artikel 233 des Sozialgesetzbuches eine Geld- oder Gefängnisstrafe zur Folge haben kann sowie gemäß Artikel 168 quinquies des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 zu einer Verwaltungsstrafe oder zu einem Ausschluss vom Anrecht auf Kranken- und Invalidengeld führen kann.

Ich erlaube meiner Krankenkasse, im Rahmen der EU Verordnung 2016/679 und des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte der Patienten, medizinische Daten, Belege und/oder Gutachten, die in Zusammenhang mit oben gemeldeten Unfall stehen, bei der betroffenen Unfallversicherung, dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus einzufordern oder zuzusenden.

Ich bestätige auf Ehrenwort, dass diese Erklärung wahrheitsgetreu und vollständig ist.

Datum:/...../.....

Unterschrift:

Datenschutz

Gemäß der EU-Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Zuständigkeiten, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Zuständigkeiten, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter ww.freie.be/privacy oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.

Rechtsgrundlagen

- Artikel 136, § 2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen und Artikel 294 des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996;
- Artikel 32 des Dekretes vom 8. November 2018 über die Versicherer und zur Änderung des Wallonischen Gesetzbuches für Soziales und Gesundheit;
- Artikel 17 der Verordnung der Gemeinschaftskommission Brüssel-Hauptstadt über die Brüsseler Versicherer im Bereich der Gesundheitspflege und der Personenhilfe;
- Artikel 75 des Dekretes vom 18. Mai 2018 über den flämischen Sozialschutz;
- Artikel 121 des Beschlusses der flämischen Regierung vom 30. November 2018 zur Ausführung des Dekretes vom 18. Mai 2018 über den flämischen Sozialschutz;
- Artikel 22 des Dekretes vom 6. Juli 2018 über die Übernahme von psychiatrischen Pflegeeinrichtungen, Initiativen für begleitetes Wohnen, Rehabilitationsabkommen, Rehabilitationskliniken und über fachübergreifende Begleiteams für Palliativpflege;
- Artikel 40 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen.

