

Unfalldatum
Unfalltag (Montag, Dienstag, etc.)
Unfallzeit (Uhrzeit)

UNFALLMELDUNG

Eingangsstempel

Die Unfallmeldung ist binnen fünf Tagen nach dem Unfallereignis der SVS zu übersenden. Bitte deutlich schreiben!

Daten des/der Versehrten (Verletzten)	Familien- oder Nachname und Vorname des/der Versehrten (Verletzten)		Versicherungsnummer Laufnummer Geburtsdatum	
	Frühere(r) Name(n)			
	Wohnanschrift		4-stellig (z.B. 1234) Tag (z.B. 01) Monat (z.B. 01) Jahr (z.B. 70)	
	Postleitzahl Postort		Telefonnummer	
	Bei minderjährigen oder unter Erwachsenenschutz stehenden Verletzten Name und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (Vater, Mutter, ErwachsenenvertreterIn)		Personenstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)	
Unterhaltspflichtigen bestehen für <input type="checkbox"/> Ehegatte/in/ eingetragene(r) Partner/in <input type="checkbox"/> geschiedene(r)Ehegatte/in/ eingetragene(r) Partner/in <input type="checkbox"/> Kinder unter 18 Anzahl: <input type="checkbox"/> Kinder über 18 Anzahl:				

Daten zur selbständigen Tätigkeit

Bei welcher Art einer selbständigen Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> Ausübung eines Gewerbes	<input type="checkbox"/> Ausübung einer sonstigen selbständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit (z.B. Arzt, Wirtschaftstreuhänder etc.) bzw. Künstler
Name des Unternehmens/der Firma/Bezeichnung der selbständigen/freiberuflichen Tätigkeit		Anzahl der Beschäftigten	
Anschrift/Postleitzahl/Postort <input type="checkbox"/> wie Wohnadresse			
Ausübung der selbständigen Tätigkeit seit (Jahr ausreichend)		Umfang der Gewerbeberechtigung/selbständigen Tätigkeit/Berufsbezeichnung	

Daten zur Land- und Forstwirtschaft

Im Zusammenhang mit welchem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> eigener land(forst)w. Betrieb	<input type="checkbox"/> Betrieb des Ehegatten/der (Groß-/Schwieger) Eltern/eines (Schwieger-/Enkel-)Kindes/des Bruders/der Schwester	<input type="checkbox"/> fremder Betrieb
Bei Tätigkeit für einen anderen als den eigenen Betrieb: Name des Betriebsführers/der Betriebsführerin		VSNR oder Geburtsdatum	
Anschrift/Postleitzahl/Postort <input type="checkbox"/> wie Wohnadresse		Telefonnummer <input type="checkbox"/> wie oben	
Angaben zum land(forst)wirtschaftlichen Betrieb, in dem sich der Unfall ereignete	Betriebsgröße in ha		Art des Betriebes (z.B. Grünlandbetrieb, Weinbau etc.)
	Eigengrund	davon verpachtet	
	gepachtet	Fruchtgenuss	Viehstand am Unfalltag (Rinder, Schweine, etc.)

Sonstiges

Weitere ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen im Kalenderjahr vor dem Unfall	<input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit bzw. Ausübung eines Gewerbes	<input type="checkbox"/> freiberufliche Tätigkeit/KünstlerIn	<input type="checkbox"/> Landwirt/Landwirtin
	<input type="checkbox"/> unselbständige Tätigkeit (voll versichert)	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Pensions(Ruhegenuss)bezieherIn
	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung		
Bezieht der/die Versehrte eine Unfallrente (z.B. AUVA) bzw. Geldleistung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz (KOVG), Heeresentschädigungsgesetz (HEG), Opferfürsorgegesetz (OFG) bzw. vergleichbare Leistungen aus dem Ausland?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auszahlende Stelle Prozentuelles Ausmaß der Beschädigung

Angaben über den Unfall	Unfallort bzw. genaue Unfallstelle (Ort innerhalb des Betriebes, Tätigkeitsort außerhalb des Betriebes z.B. Kundenadresse, Straßenbezeichnung bei Wegunfällen etc.; bei landw. Betrieben Grundstücksnummer, Parzelle)		
	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? (Bei Wegunfällen auch Angabe über Zeit, Ziel und Zweck des Weges)		
	Für wen wurde diese Tätigkeit verrichtet (Auftraggeber, Kunde etc.)?		
	Bei Unfällen von mittätigen Angehörigen in der Landwirtschaft: Wer erteilte dazu den Auftrag?		
	Welche Tätigkeit wurde vor dem Unfall verrichtet?		
	Welche Tätigkeit war unmittelbar nach dem Unfall beabsichtigt?		
	Wodurch ereignete sich der Unfall? URSACHE?		
	Wie ereignete sich der Unfall? HERGANG?		
	Wer hat den Unfall gesehen? (Name und Anschrift)		
	Unfallerhebung durch Polizei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Polizeidienststelle hat Erhebungen durchgeführt?
Falls Fremdverschulden anzunehmen ist: Name und Anschrift des Schädigers/der Schädigerin			
Bei Verkehrsunfällen: Daten des Besitzers/der Besitzerin des Kraftfahrzeuges	Name und Anschrift des/der Kraftfahrzeugbesitzers/in		KFZ-Kennzeichen
	Haftpflichtversicherung		Polizzen-Nummer
Verletzungen und Behandlung	Welche Körperteile sind verletzt? Vollständige und genaue Angaben (z.B. rechter Oberarm)		
	Art der Verletzung (z.B. Knochenbruch, Quetschung, Prellung)	Bei tödlicher Verletzung: Todestag	
	Name und Anschrift des/der zuerst zugezogenen Arztes/Ärztin		
	Name und Anschrift des/der jetzt behandelnden Arztes/Ärztin		
	Wann hat der/die Versehrt(e) nach dem Unfall die Arbeit wieder aufgenommen?	Name der Krankenanstalt (Klinik)	
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	Aufnahmetag	Entlassungstag

Hinweis für Unternehmer:

Diese Meldung führt zu keiner **Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit** bzw. keinem **Krankengeld aus der Zusatzversicherung**. Für die Gewährung dieser Leistungen ist ein **eigener Antrag** notwendig.

Hinweis für aktive Bauern/Bäuerinnen:

Diese Meldung führt zu keiner **Betriebshilfeleistung**. Wird unfallbedingt ein **Betriebshilfeinsatz** erforderlich, ist dafür ein **eigener Antrag** zu stellen.

Unterschrift des/der Versehrt(en)

Ort/Datum

Die Unterschrift des/der Versehrt(en) kann unterbleiben, wenn dadurch eine Verzögerung der Unfallmeldung eintreten würde.