Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER BAUERN

www.svb.at

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

UNFALLMELDUNG

Die Unfallsmeldung ist binnen fünf Tagen nach dem Unfallereignis der Anstalt zu übersenden. Unvollständige oder schlecht lesbare Angaben machen Rückfragen notwendig und verzögern dadurch den Abschluss des Verfahrens.

Eingangsstempel

Daten des/der Versehrten (Verletzten) und seiner/ihrer Angehörigen

Familien – oder Nachname und Vorname des/der Versehrten (Verletzten)

Frühere(r) Name(n)

Wohnanschrift

Postleitzahl | Postort

Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend ☐ geschieden ☐ aufgelöste eingetragene Partnerschaft ☐ verwitwet ☐ hinterbliebener eingetragener Partner

Versicherungsnummer | Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Verw.-Verhältnis zum Betriebsführer

Telefonnummer

Name des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin | Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

Name und Geburtsdatum der Kinder unter 18 Jahre; Kinder über 18 Jahre sind nur dann einzutragen, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung stehen oder erwerbsunfähig sind.

Name	Geburtsdatum	ehelich, unehelich, Wahl-, Stief-, Pflegekind, Enkel	Lebt das Kind mit dem/der Versehrten ständig in Hausgemeinschaft?

Bei minderjährigen oder entmündigten Verletzten Nachname und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater, Mutter, Vormund, Sachwalter)

Ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen im Jahr vor dem Unfall | Beruf | Name und Anschrift des Arbeitgebers

Welcher Krankenkasse gehörte der/die Versehrte zur Zeit des Unfalles an?

Falls sich der Unfall nicht im eigenen Betrieb ereignet hat: Bewirtschaften der/die Versehrte, seine Eltern oder Kinder einen eigenen Betrieb? ☐ ja ☐ nein | Ausmaß in ha

Bezieht der/die Versehrte eine Geldleistung (Rente, Pension) nach dem ASVG, GSVG oder BSVG oder wurde ein diesbezüglicher Antrag gestellt? ☐ ja ☐ nein | Name des Versicherungsträgers

Bezieht der/die Versehrte ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)? ☐ ja, Stufe_____ ☐ nein

Bezieht der/die Versehrte eine Geldleistung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz (KOVG), Heeresversorgungsgesetz (HVG), Opferfürsorgegesetz (OFG) oder Bundesversorgungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland? ☐ ja ☐ nein

Prozentuelles Ausmaß der Beschädigung nach dem KOVG, HVG, OFG oder nach einem Arbeitsunfall ____ %

Bezieht der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der/die eingetragene Partner/in eine Geldleistung (Rente, Pension) nach dem ASVG, GSVG oder BSVG oder wurde ein diesbezüglicher Antrag gestellt? ☐ ja ☐ nein | Name des Versicherungsträgers

Daten des Betriebes für den der/die Versehrte tätig war

Name des/der Betriebsführers/Betriebsführerin, in dessen/deren Betrieb sich der Unfall ereignete | VSNR oder Geburtsdatum

Anschrift/Postleitzahl | Telefonnummer

Hausname | Gemeinde | Bezirk

Betriebsgröße in ha:		Art des Betriebes (z.B. Landwirtschaft, Weinbau):	andere Betriebe des/der Betriebsführers/Betriebsführerin (z.B. Gewerbe)	Viehstand am Unfalltag: (Rinder, Schweine, etc.)
Eigengrund	davon verp.			
gepachtet	Fruchtgenuss			

Angaben über den Unfall

Unfallort bzw. genaue Unfallstelle (Betriebsanschrift, Parzelle, Grundstücknummer)	
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? (Bei Wegunfällen auch Angabe über Zeit, Ziel und Zweck des Weges.)	
Für wen wurde diese Tätigkeit verrichtet?	
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)	
Welche Polizeidienststelle hat Erhebungen durchgeführt?	
Falls Fremdverschulden anzunehmen ist: Name (Beruf) und Anschrift des Schädigers	
Bei Verkehrsunfällen: (Daten des Schädigers)	Name und Anschrift des Kraftfahrzeugbesitzers / 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 zuerst zugezogenen Arztes	
Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes	
Wann hat der/die Versehrte nach dem Unfall die Arbeit wieder aufgenommen?	Name der Krankenanstalt (Klinik) ☐ ambulant ☐ stationär Aufnahmetag / Entlassungstag

Unterschrift des/der Versehrten
(Die Unterschrift kann unterbleiben, wenn dadurch eine Verzögerung der Unfallsmeldung eintreten würde.)

Unterschrift des Betriebsführers/der Betriebsführerin od. dessen/deren Stellvertreters

Ort/Datum

Hinweis für aktive Bäuerinnen/Bauern: Diese Meldung führt zu keiner Betriebshilfeleistung. Wird unfallbedingt ein **Betriebshilfeeinsatz** erforderlich, ist dafür ein **eigener Antrag** zu stellen.