

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)			
Unterhaltspflichten 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:		Personenzustand <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)		



## 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 Kriegsofopferversorgungsgesetz (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

