



Gemeinsam gesünder.

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER SELBSTÄNDIGEN

DLZ UNFALLVERSICHERUNG

Körblergasse 115, A-8010 Graz

Tel. 050 808 808 | E-Mail: dlz.uv@svs.at

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

UNFALLMELDUNG

Eingangsstempel

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

Daten (des/der/ Verletzten/ Verletzten)	Familien- oder Nachname und Vorname des/der Verletzten (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)		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)	
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:

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			
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 Versicherte eine Unfallrente (z.B. AUVA) bzw. Geldleistung nach dem Kriegsofferversorgungsgesetz (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

