

Mitteilung des Versicherungsfalls COVID-19

zum Unfallzuschlag laut § 293fea Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung in Fassung künftiger Vorschriften (nachfolgend „Gesetz“)

|  |
| --- |
| 1. Id. Nr./Geb. Nr. des zuständigen Arbeitgebers: ....................... ŠKEČ (SK NACE Rev.2;): .............................. 2. Name des Arbeitgebers ..................................................................................................................................... 3. Standort des Arbeitgebers................................................................................................................................. 4. Evidenz wird vom zuständigen Arbeitgeber geführt: JA – NEIN\* 5. Anschrift des Ortes der Abteilung des zuständigen Arbeitgebers, der die Lohnevidenz führt, wenn der Ort nicht mit der Anschrift dessen Standorts ist……............................................................................................... |
| 1. DATUM DER ENTSTEHUNG DES VERSICHRUNGSFALLS (NACHFOLGEND „pu")   Datum des Beginns der temporären Arbeitsunfähigkeit aus dem Grund der Quarantänemaßnahme und bestätigten Erkrankung COVID-19 des Arbeitnehmers / Person laut § 17 Abs. 2 des Gesetzes\*\* (nachfolgend „Beschädigte“): ......................................................................................................................   1. Entstehungsort des Versicherungsfalls (Straße, Gemeinde, PLZ, Bezirk, bzw. Name der Arbeitsstätte:   ......................................................................................................................................................................   1. **Beschädigte mit bestätigter Erkrankung COVID-19**: Vorname, Name, Titel: ..........................................................................................................................................................................   Wohnort-Anschrift – Straße, Gemeinde, PLZ, Bezirk: ......................................................................................  ............................................................................................................................................................................   1. Geburtsdatum des Beschädigten: .................................................................................................................... 2. Identifikationsnummer der Sozialsicherstellung des Beschädigten laut § 235 des Gesetzes: ...................... 3. Telefon Nummer/E-Mail des Beschädigten: 🕿..............................................................................................   🖂.............................................................................................   1. Arbeitsposition des Beschädigten in der Zeit des Versicherungsfalls: ......................................................... 2. BESCHREIBUNG DES VORKOMMENS DES VERSICHERUNGSFALLS (führen Sie Faktoren der Arbeitsumgebung an, **die den Kontakt mit der Erkrankung COVID-19** oder mit dem Infektionsmaterial **als Bestandteil der Leistung der Arbeitsaufgaben oder Arbeitstätigkeiten,** die das Vorkommen der Erkrankung COVID-19) zu Folge hatten, nachweisen: |
|  |
|  |

Sachbearbeiter (Vorname, Name, Titel): .....................................................................................................................

Telefon und E-Mail des zuständigen Arbeitgebers:

🕿...................................................................................................

🖂...................................................................................................

Niederunterschriebene Versicherungsnehmer (verantwortlicher Arbeitgeber) erklärt, dass:

a) sämtliche genannte Tatsachen wahrheitsgetreu sind, er hat nichts verschwiegen und er ist der Rechtsfolgen im Falle der unwahr aufgeführten Angaben (§ 237 Abs. 1 des Gesetzes) bewusst,

b) die COVID-19 Erkrankung des Beschädigten in Kausalzusammenhang mit der ausgeübten Beschäftigung oder bei den in § 17 Abs. 2 des Gesetzes genannten Tätigkeiten entstand,

c) in Zusammenhang mit diesem Versicherungsfall beabsichtigt er nicht, Bestimmungen §196 Gesetz Nr. 311/2001 der Gesetzsammlung Arbeitsgesetzbuch (*Enthebung der Verantwortung*) geltend zu machen.

In ......................................... den ....................... 20.......

.......................................................................................

Name und Unterschrift des statutarischen Vertreters

des zuständigen Arbeitgebers und Stempelabdruck (Versicherungsnehmer)