

Mitteilung des Versicherungsfalls

zum Unfallzuschlag laut § 231 Abs. 1 Buchst. h) bis j) Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung in Fassung künftiger Vorschriften (nachfolgend „Gesetz“)

Versicherungsfall[[1]](#footnote-1): Arbeitsunfall □

Berufskrankheit □

|  |
| --- |
| 1. Id. Nr./Geb. Nr. des zuständigen Arbeitgebers: ........................... ŠKEČ (SK NACE Rev.2;): ........................ 2. Name und Standortanschrift des zuständigen Arbeitgebers: ........................................................................... 3. Evidenz wird vom zuständigen Arbeitgeber geführt: JA – NEIN \*\* ................................................................. 4. 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")   Infolge Arbeitsunfalls – Datum der Entstehung des Arbeitsunfalls: am .................... um .................. Uhrzeit  Infolge Berufskrankheit – Datum der Feststellung der Berufskrankheit: am .................................................   1. Entstehungsort des Versicherungsfalls (Straße, Gemeinde, PLZ, Bezirk, bzw. Name der Arbeitsstätte: ......   .........................................................................................................................................................................   1. **Beschädigter Arbeitnehmer**: Vorname, Name, Titel: .........................................................................................   Wohnort-Anschrift – Straße, Gemeinde, PLZ, Bezirk:.......................................................................................  ............................................................................................................................................................................   1. Geburtsdatum des beschädigten Arbeitnehmers:........................................................................................... 2. Identifikationsnummer der Sozialsicherstellung des Beschädigten laut § 235 des Gesetzes: ........................ 3. Arbeitsposition des Beschädigten in der Zeit des Versicherungsfalls: ......................................................... 4. Der beschädigte Arbeitnehmer hat Anspruch auf Ersatzeinkommen-Auszahlung bei der temporären Arbeitsunfähigkeit laut Gesetz Nr. 462/2003 der Gesetzsammlung über den Ersatz des Einkommens bei der temporären Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers und über die Änderung und Ergänzung einiger Gesetze in Fassung künftiger Vorschriften (JA-NEIN\*\*):   ...........................................................................................................................................................................   1. DETAILIERTE BESCHREIBUNG DES VORKOMMENS DES VERSICHERUNGSFALLS (bei Berufskrankheut führen Sie Faktoren der Arbeitsumgebung auf, die die Entstehung der Berufskrankheit zu Folge hatten und vorherige Arbeitgeber, bei denen der Beschädigte unter Bedingungen gearbeitet hat, aus denen die Berufskrankheit entsteht, durch die er betroffen wurde bzw. führen Sie es in der Anlage Mitteilungen auf): |
| 1. Wenn der Versicherungsfall absichtlich bewirkt wurde, führen Sie auf, von wem: ......................................................................... 2. Wenn der Versicherungsfall unter dem Einfluss von Alkohol, Betäubungsmitteln oder psychotropen Mitteln, bitte anführen, wer unter diesen Mitteln handelte und wie nachgewiesen wurde, dass diese Person unter dem Einfluss dieser Stoffe gehandelt hat:   .........................................................................................................................................................................   1. Wenn in Kausalzusammenhang mit der Entstehung des Versicherungsfalls Rechtsvorschriften oder sonstige Borschriften oder Anweisungen zur Arbeitssicherung und Arbeitsgesundheitsschutz verletzt wurde, bitte anführen, von wem und die verletzte Vorschrift näher spezifizieren: ............................................................................................................................................. 2. Wenn der Versicherungsfall durch die schuldhafte Verletzung der Arbeitspflichten in arbeitsrechtlichen Verhältnissen bewirkt wurde, bitte anführen, von wem und die Verletzung näher spezifizieren und das Schadenskommissionprotokoll zur Mitteilung beifügen:   .........................................................................................................................................................................   1. Bitte anführen, von welcher Behörde der Arbeitsunfall untersucht wurde (zuständiges Arbeitsinspektorat, Polizei, usw.): ......................................................................................................................................................................... |
| 1. GESUNDHEITSBESCHÄDIGUNG  * wurde durch den Unfall bewirkt, der als Arbeitsunfall laut Gesetz anerkannt wurde: JA – NEIN\*\* .............................. * Verletzungsart (durch den Unfall bewirkt): ............................................................................................. * Wenn der Beschädigte infolge des Unfalls starb, bitte das Datum des Sterbens anführen: ......................... * Wurde durch Berufskrankheit bewirkt, bitte durch welche anführen: ..................................................... |
|  |
| 1. MITVERATWORTUNG DES BESCHÄDIGTEN AN DER ENTSTEHUNG DES SCHADENS   Verschuldensmaß des Beschädigten, ausgedrückt in %: ................................................................................................  Grund der Verantwortungsenthebung laut Gesetz Nr. 311/2001 d. Gesetzsammlung Arbeitsgesetzbuch:  ........................................................................................................................................................................  Verletzte Rechtsvorschrift, Vorschrift oder Anweisung für Unfallverhütungsschutzsicherung: .....................  .......................................................................................................................................................................  Fügen Sie das Schadenskommissionsprotokoll oder Protokoll aus der Besprechung des Umfangs der Haftung des Arbeitgebers und Belege bei, welche nachweisen, dass der Beschädigte mit Sicherheitsvorschriften zum Unfallverhütungsschutz vertraut gemacht wurde. |
| 1. Wenn der Antrag zur Besprechung der Streitigkeiten über die Ansprüche vor dem Gericht gestellt wurde, führen Sie das zuständige Gericht auf und fügen Sie den Entwurf und kurze Information über den Stand des Verfahrens bei: .................................................................................................. 2. Wenn das Gerichtsverfahren beendet wurde, fügen Sie die Entscheidung bi und führen Sie auf, ob Sie den Schadensersatz dem Beschädigten gemäß dieser Entscheidung ausgezahlt haben, in welcher Höhe und wann: ............................................................................................................ |

Sachbearbeiter:

Telefon und E-Mail des zuständigen Arbeitgebers:

Der unterzeichnete Versicherungsnehmer (zuständiger Arbeitgeber) erklärt, dass sämtliche genannte Tatsachen wahrheitsgetreu sind, dass er nichts verschwiegen hat und der Rechtsfolgen im Falle der falsch aufgeführten Angaben (§ 237 Abs. 1 des Gesetzes) bewusst ist.

In ......................................... am ....................... 20.......

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

Name und Unterschrift des statutarischen Vertreters des

des zuständigen Arbeitgebers und Stempelabdruck (Versicherungsnehmer)

\*\* Nichtzutreffendes streichen

1. Passendes ankreuzen „x“

   \*\* Nichtzutreffendes streichen [↑](#footnote-ref-1)