

## Unfallmeldung für Erwerbstätige

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

**Landesstelle Graz** für Steiermark und Kärnten, Göstinger Straße 26, 8020 Graz, Tel. 0316 505, Fax 0316 505-2409  
**Landesstelle Linz** für Oberösterreich, Garnisonstraße 5, Postfach 299, 4017 Linz, Tel. 0732 23 33, Fax 0732 23 33-8300  
**Landesstelle Salzburg** für Salzburg, Tirol und Vorarlberg, Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. 0662 21 20, Fax 0662 21 20-4401  
**Landesstelle Wien** für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Webergasse 4, 1200 Wien, Tel. 01 331 33, Fax 01 331 33-530

**WICHTIG: Unfall-Meldepflicht binnen fünf Tagen** besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

**1. Unfallzeitpunkt** Datum  
Wochentag Uhrzeit

### DATEN DES BETRIEBES/DER ARBEITSSTÄTTE

2.  **Arbeitgeber/in**                       **Selbständige/r**                       **Beschäftigter/in**

Firmenname  
Adresse  
PLZ/Ort  
Art des Betriebes  
Beitragskontonummer  
Anzahl der Beschäftigten im gesamten Betrieb

**3. Bei Arbeitskräfteüberlassung - bitte auch Punkt 3 ausfüllen!**  
(soweit Firmendaten des/der überlassenden Dienstgebers/Dienstgeberin bekannt)

Firmenname  
Adresse  
PLZ/Ort  
Beitragskontonummer  
Kontaktperson (Name) Tel.

### DATEN DER VERUNFALLTEN PERSON

**4. FAMILIEN-/NACHNAME**  
Vorname  
Wohnadresse  
PLZ/Ort

<b>5. a Vers.-Nr.</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>5. b Geburtsdatum</b> Tag    Monat    Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>6. Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>7. Krankenkasse</b>		<b>8. Nationalität</b>
<b>9. Im Betrieb seit</b>  <b>beschäftigt als</b>		<b>10. Dienstverhältnis</b> <input type="checkbox"/> Freie/r Dienstnehmer/in <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet

<b>11. Arbeitszeit am Unfalltag</b>	Beginn	Uhr	Ende	Uhr
<b>Überstunden</b>	Beginn	Uhr	Ende	Uhr

