

Bestimmt für Einträge der Sozialversicherungsanstalt

**ANTRAG AUF DEN UNFALLZUSCHLAG COVID-19**

**(Der während der Krisensituation geltend gemachte Anspruch)**

**Antragsteller (temporär für arbeitsunfähigen aus dem Grund der bestätigten Erkrankung COVID-19 zuerkannt), der den Anspruch auf den Unfallzuschlag geltend macht:**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum der Mitteilung des positiven Ergebnisses der Erkrankung COVID-19: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temporäre Arbeitsunfähigkeit dauert von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname und Name des Arztes, der die temporäre Arbeitsunfähigkeit ausgestellt hat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Namen des Arbeitgebers anführen, bei dem die Erkrankung COVID-19 dem Antragsteller entstand)

Id. Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unfallzuschlag überweisen:**

1. **Auf das Bankkonto\***

Kontonummer in Form IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Falls es um ausländisches Bankkonto geht, folgende Ergänzungsdaten anführen:**

SWIFT Kode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genaue und vollständige Bezeichnung der Bank \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße und Nummer (Bankadresse)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **In bar mit Postanweisung auf Auszahlung auf die Adresse\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(die Adresse der Auszahlung anführen – Straße, Hausnummer, PLZ Gemeinde)

**Ich erkläre ehrlich**, wenn ich die Kontonummer einer anderen Person angegeben habe, hatte ich die Zustimmung des Kontoinhabers für die Überweisung der Leistung auf dieses Konto bekommen.

Der Antrag kann an die Sozialversicherungsanstalt elektronisch mittels des Zentralportals der öffentlichen Verwaltung oder per E-Mail auf **eine** E-Mail der zuständigen Niederlassung bzw. unterschrieben der Post auf die Adresse der zuständigen Niederlassung zugesandt werden.

Kontakte auf Niederlassungen sind auf der WEB-Seite der Sozialversicherungsanstalt <https://www.socpoist.sk/kontakty--xly/48023s> veröffentlicht.

**Ich erkläre ehrlich**, ich habe keine entscheidende Tatsache auf die Entstehung des Anspruchs, Zuerkennung und Auszahlung des einmaligen Unfallzuschlags verschwiegen. Ich bin der Rechtsfolgen der unwahren Erklärung bewusst.

**B e l e h r u n g**

Laut § 293eu Abs. 2 Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung wird die Leistung auf Antrag des Empfängers der Leistung während der Krisensituation auf das Konto in der Bank oder in der Niederlassung der ausländischen Bank überwiesen, das der Empfänger der Leistung in seinem Antrag aufgeführt hat, wenn der Kontoinhaber mit diesem Vorgang der Überweisung der Leistung einverstanden ist; der Kontoinhaber ist verpflichtet, die auf dieses Konto nach dem Tag des Todes des Beziehers der Leistung überwiesenen Raten der Rente, Unfallrente und Unfall-Verlassenschaftsrente zu rückerstatten.

Ich habe die Belehrung verstanden.

 

Datum Vorname, Name und Unterschrift des Antragstellers\*\*

\*eine der Möglichkeiten wählen (Konto oder Postanweisung)

\*\* bei der elektronischen Zusendung des Antrags ist die Unterschrift des Antragstellers nicht notwendig,   
 bitte den Vornamen und Namen in Blockschrift anführen