

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Unfallheilbehandlung Kostenrückerersatz gem. § 28 MKF-Satzung	

Die Mitteilung betrifft

die/den Hauptversicherte/n eine/n Angehörige/n

Nachname, Vorname, Titel			SV-Nr. und Geburtsdatum	
Wohnadresse (Straße und Hausnummer)			PLZ	Ort
Geschäftsbereich	Personalnummer	Telefon dienstlich	Telefon privat	
Nachname, Vorname, Titel der/des Angehörigen			SV-Nr. und Geburtsdatum	

Unfall am
<p>In Kenntnis der in den §§ 27 und 28 der MKF-Satzung bestehenden Verpflichtung bzw. unter Bedachtnahme auf § 21 des OÖ Gemeinde Unfallfürsorgegesetz teile ich im Zusammenhang mit dem oben angeführten Unfall mit, dass es sich hier um einen</p> <p><input type="checkbox"/> Privatunfall</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstunfall gehandelt hat,</p> <p><input type="checkbox"/> dass mir Ersatzansprüche gegen eine dritte Person nicht zustehen, da auf Grund des Unfallherganges kein Fremdverschulden vorliegt.</p> <p><input type="checkbox"/> dass die Frage, ob mir Ersatzansprüche gegen eine dritte Person zustehen, vorläufig noch offen ist, da zunächst die Verschuldensfrage endgültig geklärt werden muss. Ich werde die Magistratskrankenfürsorge über den Ausgang des Verfahrens unverzüglich informieren.</p> <p><input type="checkbox"/> dass mir Ersatzansprüche gegen eine dritte Person zustehen, da auf Grund des Unfallherganges ein Fremdverschulden feststeht. Ich werde die Ansprüche auf den Ersatz der Heilkosten, für die ich satzungsmäßige Leistungen in Anspruch genommen habe – und allenfalls noch nehmen muss - geltend machen und die Rückerstattung dieser Kosten an die MKF veranlassen. Zur Geltendmachung der Ansprüche ersuche ich um Übersendung einer Aufstellung über die von der MKF vorschussweise aufgewendeten Unfallheilkosten.</p>

Wegen der erlittenen Unfallverletzungen musste ich bis dato folgende Behandlungen in Anspruch nehmen:

Die Unfallbehandlung ist

- abgeschlossen
 nicht abgeschlossen

Angaben zur Person, die mich vertritt bzw. meine Ansprüche geltend macht:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner getätigten Angaben.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten