

Beitrittserklärung (gültig ab 1.1.2009)

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in:

abekra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V.

mit Sitz in:

Stammheimer Str. 8 B
Tel: 06047-952660
Homepage: www.abekra.de

63674 Altenstadt
Fax: 06047-95266-2
eMail: abekra-verband@t-online.de

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Mir ist bekannt, dass der **Jahresmitgliedsbeitrag unabhängig vom Beitrittsmonat 70 Euro** pro Jahr beträgt. Die Kündigungsfrist beträgt satzungsgemäß **drei (3) Monate** und muss der Bundesgeschäftsstelle bis zum 30. September des Jahres schriftlich vorliegen. Halte ich die Kündigungsfrist nicht ein, verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein Jahr.

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige hiermit die Bundesgeschäftsstelle von abeKra e.V., meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen.

Name des Bankinstituts: _____

Sitz des Bankinstituts: _____

Bankleitzahl: _____; Konto-Nr.: _____

Bei Kontowechsel/Kontoauflösung, Wechsel meiner Adresse oder sonstigen Veränderungen wie z.B. Änderung der Bankleitzahl verpflichte ich mich, dies der abeKra-Bundesgeschäftsstelle unverzüglich mitzuteilen. Ich übernehme die Retour-Kosten, die "abeKra" durch eine von mir zu verantwortende Fehlbuchung entstehen.

Ort: _____; Datum: _____

Unterschrift: _____

Hier die abekra-Bankverbindung für Sie, sofern Sie den Jahresbeitrag zu Jahresbeginn selbst überweisen wollen: Sparkasse Oberhessen, BLZ: 518 500 79, Kto-Nr.: 140 029 114

Ihre Daten in aller Kürze (bitte unbedingt ausfüllen)¹:

Geburtsdatum: _____; ausgeübter Beruf/Tätigkeit: _____

von: _____ bis: _____; Branche: _____

Sie sind bei welchem Unfallversicherungsträger der GUV VersicherungsnehmerIn?

Welche Einwirkungen/Gefahrstoffe haben mutmaßlich wie lange die wesentliche Rolle gespielt?:

bzw. a) wann und b) wie (evtl. auf Beiblatt beschreiben) ereignete sich Ihr Arbeits- oder Wegeunfall?

a) _____

b) _____

a) Welche Gesundheitsschädigungen haben Sie erlitten und b) worunter leiden Sie heute noch?

a) _____

b) _____

Wurden Sie arbeitsmedizinisch bzw. unfallmedizinisch begutachtet²: ja nein

Von wem? _____

Bescheid des UVT am _____ erhalten? Haftpflichtentschädigung gewährt ; nicht gewährt :

Keine Entschädigung, weil die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) unter 20% eingestuft wurde?

Widerspruch am _____ eingelegt: ja nein ; **Widerspruchsbescheid** am _____ erhalten; gewährt ; nicht gewährt; bitte die wichtigsten Gründe für 1) Anerkennung oder 2) Ablehnung angeben:

(1) Mein Verfahren ist seit dem _____ vor dem Sozialgericht (SG) in _____ unter dem Az.: _____ anhängig ; abgeschlossen seit dem _____ durch Klagerücknahme am _____ durch Urteil vom _____; (2) Mein Verfahren ist als Sprungklage ja ; nein läuft seit dem _____ vor dem Landessozialgericht (LSG) in _____ unter dem Az. _____; abgeschlossen seit dem _____ durch Klagerücknahme am _____ durch Urteil vom Revision wurde zugelassen ; nicht zugelassen . (3) Ich habe am _____ Revision vor dem Bundessozialgericht (BSG) beantragt: regulär , per Nichtzulassungsbeschwerde - Az. _____ mit , ohne Erfolg , unabgeschlossen

Juristisch wurde/werde ich vertreten von: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner obigen Angaben: _____

¹ abeKra e.V. fühlt sich dem Sozialdatenschutz, d.h. der Verschwiegenheit, verpflichtet, zumal wir seit mehr fünfzehn Jahren intensiv für dessen Durchsetzung in der sozialen Versorgung und in allen Sozialversicherungsbereichen gekämpft haben und weiter kämpfen.

² Damit sind nur Sachverständigengutachten gemeint, nicht aber Arztbefunde/Krankenhausentlassungsbericht oder Stellungnahmen von UVT-Beratungs-ÄrztInnen.