

UNFALLANZEIGE zur Freizeit- Unfallversicherung und Unfall-Spitalgeld

SOLIDARITÄTSVERSICHERUNG

des Österreichischen Gewerkschaftsbundes
in Vertragsgemeinschaft mit WIENER STÄDTISCHE
Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Nummer

Gewerkschaft _____

- Bitte die ersten beiden Seiten genau und vollständig ausgefüllt und vom Verletzten nach Möglichkeit selbst unterschreiben zu lassen. Bei Unfalltod bitte die Unterschrift des Bezugsberechtigten einholen!
- Seite 3 vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen, wenn keine Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose vorliegt.
- Ausgefülltes Formular nur an die zuständige Gewerkschaft zurücksenden.**

Zuname/Vorname des versicherten Mitgliedes. Bitte Blockschrift.		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J		Gew. Mitgliedsnummer		B.S.				
Postleitzahl, Straße, Nr.				Wohnort								
Zuletzt aktiv beschäftigt bei:		als:		<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> Alterspensionist <input type="checkbox"/> Invaliditätspensionist <input type="checkbox"/> Karenz <input type="checkbox"/> _____			seit: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Tag</td><td style="width: 30px;">Monat</td><td style="width: 30px;">Jahr</td></tr></table>			Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr										
<input type="checkbox"/> Arbeitslos		<input type="checkbox"/> Lehrling		<input type="checkbox"/> Student		<input type="checkbox"/> Präsenzdienler						
Daten des Bezugsberechtigten - Nur bei UNFALLTOD ausfüllen!												
Zuname/Vorname des versicherten Mitgliedes. Bitte Blockschrift.		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J		Verwandtschaftsverhältnis						
Postleitzahl, Straße, Nr.				Wohnort								

U-Art	Anmeldung		Leist. Zus.		Anz.	L.A.	Verr.	Angew. am			Leistung	Verl. %	Verl. %	Scha. Re.	Nr.
	M	J	M	J				T	M	J					

1. a) Wann hat sich der Unfall ereignet? _____	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
b) Wo hat sich der Unfall ereignet? _____				
c) Bei welcher Betätigung oder sonstigen Gelegenheit hat sich der Unfall ereignet? (z. B. Urlaubsreise, Spazierfahrt, Sportausübung, Besuch einer Veranstaltung)				

d) Wie hat sich der Unfall zugetragen? (Schilderung der Ursache und des Herganges, event. Zeitungsartikel beilegen)				

Gegebenenfalls Seite 2 bzw. Beiblatt verwenden

Fortsetzung der Schilderung des Unfallherganges von Seite 1 (bei Bedarf):

2. a) Welche amtliche Stelle hat den Unfallhergang aufgenommen? _____ GZP Nr. _____
Gericht: _____ Aktenzahl: _____

b) Namen weiterer Unfallbeteiligter _____

c) Wurde eine Untersuchung auf Blutalkoholgehalt vorgenommen? ja nein
Promilleangabe: _____

3. a) Lenkte der Verletzte ein Fahrzeug selbst? ja nein
Wenn ja, welches? _____ Führerschein-Nr.: _____
der Gruppe(n): _____ Ausstellungsbehörde: _____

4. a) Art der Verletzung(en)? _____

b) Kam es wegen dieser Verletzung(en) zu einer stationären Behandlung?
 ja nein von _____ bis _____
von _____ bis _____

c) In welchem Krankenhaus? _____

5. a) Liegt ein Arbeits(weg)unfall Unfall bei der Tätigkeit in einem Zweitberuf
 Freizeitunfall vor? (d. h. ich habe/und werde bei keiner amtlichen Stelle eine Unfallrente beantrag(t)en)

b) Welcher gesetzlichen Unfallversicherung wurde der Unfall gemeldet?
 AUVA ÖFFENTL. BEDIENSTETER LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT
 _____ KEINER
sonstige

c) Besteht eine private Unfallversicherung? ja nein
wenn ja, bei welcher Anstalt? _____ Pol. Nr. _____

6. Die Anweisung soll erfolgen:

per Post (Achtung Gebührenabzug)

auf mein Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____
bei der Bank/Sparkasse _____

Ich ermächtige die Gesellschaft, Ärzte, die mich behandeln oder schon behandelt haben, ebenso die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenkasse), über meinen Gesundheitszustand zu befragen und entbinde sie von ihrer Schweigepflicht. Weiters bevollmächtige ich den Versicherer, bei allen Ämtern, Behörden, und Gerichten über Geschehnisse, die im Zusammenhang mit diesem Unfall stehen, Erkundigungen einzuziehen und sich Abschriften zu verschaffen. Dies gilt auch hinsichtlich der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich erkläre hiermit, daß ich alle vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe.

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

_____ Ort _____ Datum _____ Unterschrift d. Verletzten (Bezugsberechtigten) _____

BESCHEINIGUNG DES ARZTES ODER KRANKENHAUSES**(Ist nur vom Arzt auszufüllen wenn keine Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose vorliegt!)**

Unfalldatum:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Art der Verletzung (Diagnose):

Der/die Verletzte war von _____ bis _____ in stationärer Krankenhaus-
behandlung
_____ bis _____
_____ bis _____
_____ bis _____

Der/die Verletzte war von _____ bis _____ in ambulanter Behandlung

1. Ist die Verletzung unzweifelhaft und ausschließlich durch diesen Unfall erfolgt? ja nein2. Haben Umstände mitgewirkt, die zur Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben? ja neinWenn ja, welche? _____
_____3. Ist mit einer auf Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität zu rechnen? ja nein

Wenn ja, in welchem Ausmaß? _____ Angabe in Prozent

4. Ist noch mit einer Änderung des derzeitigen Zustandsbefundes zu rechnen? ja neinWenn ja, mit welcher und für wann empfehlen Sie eine
Untersuchung zur endgültigen Feststellung der auf
Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität? _____

_____5. War der/die Verletzte zum Unfallszeitpunkt alkoholisiert? ja nein

Promilleangabe: _____

6. War der/die Verletzte schon vor diesem Unfall aus anderen
Gründen Invalide? _____ %, Grund _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses

ANGABEN DER VERWALTUNGSSTELLE DER GEWERKSCHAFT

1. Das Mitglied war zum Zeitpunkt des Unfalles aktiv bereits in Pension
2. Die anrechenbare Mitgliedschaft beträgt zum Zeitpunkt des Unfalles: _____ Jahre _____ Monate
3. Die Mitgliedsbeiträge sind laufend bezahlt? ja nein
4. Der letztbezahlte Monats- bzw. Wochenbeitrag betrug EUR _____
5. Die Identität des Ansprucherhebenden wurde geprüft ja nein
6. Vorleistung laut Sterbefallanzeige Nr. _____ EUR _____
7. Vorleistung laut Unfallanzeige Nr. (und Unfalldatum) _____ EUR _____

Die Voraussetzungen zur Erbringung der Versicherungsleistung sind vom Standpunkt der Einreichungsstelle der Gewerkschaft gegeben.

Ort und Datum

Stampiglie und Unterschrift des Bearbeiters

AUSZAHLUNGSVERMERK

Versicherungsleistungen im Gesamtbetrag von EUR _____

angewiesen am: _____

bar erhalten am: _____

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Ort

Datum

Unterschrift der Gewerkschaft
(bzw. bei Barauszahlung des Zahlungsempfängers)