

Familienname (Blockschrift)	Gewerkschaftsnummer
-----------------------------	---------------------

SOLIDARITÄTSVERSICHERUNG

des Österreichischen Gewerkschaftsbundes in Vertragsgemeinschaft mit der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group. Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

- 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!
- Teil II vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen, wenn keine Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose vorliegt.
- Ausgefülltes Formular nur an die zuständige Gewerkschaft zurücksenden.**

UNFALLANZEIGE ZUR FREIZEIT-UNFALLVERSICHERUNG UND UNFALL-SPITALGELD

I. Zuname/Vorname des versicherten Mitgliedes. Bitte Blockschrift.		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J			Gewerkschaftsmitgliedsnummer			B.S.																									
Postleitzahl, Straße, Nr.						Wohnort																													
Telefonnummer						E-Mail																													
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"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>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"/> Präsenzdienster																																			
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																													
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			

U-Art	Anmeldung		Leist. Zus.		Anz.	L.A.	Verr.	Angew. am			Leistung	Verl. T. %	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? (ausführliche Schilderung der Ursache und des Herganges , eventuell Zeitungsartikel beilegen)																	

Gegebenenfalls Seite 2 bzw. Beiblatt verwenden

II. BESCHEINIGUNG DES ARZTES ODER KRANKEN HAUSES

(Ist nur vom Arzt auszufüllen, wenn keine Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose vorliegt!)

Unfalldatum _____

Art der Verletzung (Diagnose) _____

Der Verletzte war von _____ bis _____ in stationärer Krankenhausbehandlung

_____ bis _____

_____ bis _____

_____ bis _____

Der Verletzte war von _____ bis _____ in ambulanter Behandlung

1. Ist die Verletzung unzweifelhaft und ausschließlich durch diesen Unfall erfolgt? ja nein

2. Haben Umstände mitgewirkt, die zur Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben? ja nein

Wenn 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 nein

Wenn ja, mit welcher und für wann empfehlen Sie eine Untersuchung zur endgültigen Feststellung der auf Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität?

5. War der Verletzte zum Unfallszeitpunkt alkoholisiert? ja nein

Promilleangabe _____

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

_____ Ort und Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses

III. 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

IV. AUSZAHLUNGSVERMERK

Versicherungsleistungen im Gesamtbetrag von EUR _____

angewiesen am _____

bar erhalten am _____

Ort

Datum

Unterschrift der Gewerkschaft
(bzw. bei Barauszahlung des Zahlungsempfängers)