

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.

Gewerkschaft	GdG-KMSfB
Nummer	3

- 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 Mitglieders. Bitte Blockschrift.			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J			Gewerkschaftsmitgliedsnummer			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"> <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!														
II.	Zuname/Vorname des versicherten Mitglieders. 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.T. %	Verl. %	Scha. Re.	Nr.	
	M	J	M	J				T	M	J						

1. a) Wann hat sich der Unfall ereignet? _____ 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, eventuell Zeitungsausschnitt beilegen) _____ _____ _____	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit

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?

Gericht _____ GZP Nr. _____
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 ÖFFENTLICH BEDIENSTETER LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT
 SONSTIGE _____ KEINER

c) Besteht eine private Unfallversicherung? ja nein

Wenn ja, bei welcher Anstalt? _____ Pol. Nr. _____

6. Die Anweisung soll erfolgen:

auf mein Konto, IBAN _____ BIC _____
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.

Ort

Datum

Unterschrift des Verletzten (Bezugsberechtigten)

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)