

## 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. <b>Bitte Blockschrift.</b>		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> <tr> <td></td> <td></td> <td></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																																			
<b>Daten des Bezugsberechtigten – Nur bei UNFALLTOD ausfüllen!</b>																																			
Zuname/Vorname des versicherten Mitgliedes. <b>Bitte Blockschrift.</b>		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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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? ( <b>ausführliche Schilderung der Ursache und des Herganges</b> , eventuell 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  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 \_\_\_\_\_

**ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG**  
Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group **alle medizinischen Unterlagen** (z. B. Anamnese, Krankengeschichte, Operationsbericht, Ambulanzprotokoll, Arztbericht, Laboruntersuchung inkl. Blutalkoholbefund, Röntgen- und nuklearmedizinischer Befund, Gutachten von privaten oder gesetzlichen Versicherungen) und **betreffende Akten bei Behörden** (z. B. Polizeiprotokoll inkl. Alkoholmessergebnisse, Gerichtsakte) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer ärztlichen und/oder sonstigen beruflichen Schweigepflichten entbunden sind. Diese Zustimmung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass die Prüfung der vertraglichen Leistungspflicht eingestellt wird.

**Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben – dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden. Den Datenschutzhinweis unter [www.wienerstaedtische.at](http://www.wienerstaedtische.at) habe ich gelesen. Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die Behandlung meiner Daten entsprechend den Regelungen dieses Datenschutzhinweises.**

\_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: versicherte (verletzte) Person \_\_\_\_\_ Unterschrift: Versicherungsnehmer

## 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)