

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 _____

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 KRANKENHAUSES

(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 _____ _____	
Der Verletzte war von _____ bis _____ in ambulanter Behandlung	
1. Ist die Verletzung unzweifelhaft und ausschließlich durch diesen Unfall erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Haben Umstände mitgewirkt, die zur Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____ _____ _____	
3. Ist mit einer auf Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität zu rechnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Ausmaß? _____ Angabe in Prozent	
4. Ist noch mit einer Änderung des derzeitigen Zustandsbefundes zu rechnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)