

**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. <b>Bitte Blockschrift.</b>		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; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">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												
<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								


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

	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
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, 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  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/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)