

# 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.

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

## UNFALLANZEIGE ZUR FREIZEIT-UNFALLVERSICHERUNG UND UNFALL-SPITALGELD

<b>I.</b>	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"/> _____				
<input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Präsenzdienler		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								
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						

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, Sport, 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

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group | 1010 Wien, Schottenring 30, Tel.: +43 50 350 - 20000, kundenservice@wienersaetdtische.at, wienersaetdtische.at



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 \_\_\_\_\_

#### 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.wienerstaetische.at](http://www.wienerstaetische.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	<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> bereits in Pension
2. Die anrechenbare Mitgliedschaft beträgt zum Zeitpunkt des Unfalles	_____ Jahre	_____ Monate
3. Die Mitgliedsbeiträge sind laufend bezahlt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Der letztbezahlte Monats- bzw. Wochenbeitrag betrug	EUR	_____
5. Die Identität des Ansprucherhebenden wurde geprüft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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)

*Informationen gem. Art. 13, 14 DSGVO Bitte entnehmen Sie unserem Datenschutzhinweis, den Sie auf unserer Webseite unter <https://www.wienerstaedische.at/datenschutz-informationen> abrufen können, alle näheren Informationen darüber, wie wir die Wiener Städtische Versicherung AG, Ihre Daten verarbeiten. Sollten Sie Anliegen oder Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unser Unternehmen haben, ersuchen wir Sie uns unter den auf diesem Datenschutzhinweis ausgewiesenen Kontaktdaten zu kontaktieren.*

[www.oegb.at/datenschutz](http://www.oegb.at/datenschutz)