



ÖGB Solidaritätsversicherung
Unfall-Spittagegeld und Freizeit-Unfallversicherung
Information und Ausfüllhilfe

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Wir ersuchen Sie, das beiliegende Formular ausgefüllt (Seiten 1 und 2), unterschrieben und mit folgenden Beilagen versehen an uns zurück zu senden:

- ✓ Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose
(liegt diese nicht vor, ist Seite 3 des Formulars vom Arzt bzw. vom Krankenhaus auszufüllen)

Das Formular samt Beilagen übermitteln Sie bitte an:

Gewerkschaft vida
Referat Organisation
Johann Böhm-Platz 1
1020 Wien

Tel: +43 (0)1 53444 79693
Fax: +43 (0)1 53444 102690
Email: organisation@vida.at
Web: www.vida.at

Sie haben noch Fragen? Gerne stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr vida-Organisationsteam

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.



- 1. 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!
- 2. Teil II vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen, wenn keine Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose vorliegt.
- 3. Ausgefülltes Formular nur an die zuständige Gewerkschaft zurücksenden.

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

UNFALLANZEIGE ZUR FREIZEIT-UNFALLVERSICHERUNG UND UNFALL-SPITALGELD

I.	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"/> _____		seit: <table><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!																																					
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																																			
<table><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><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><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					
	M	J	M	J				T	M	J					
	M	J	M	J				T	M	J					
	M	J	M	J				T	M	J					
	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				



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 _____

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 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? <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	<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 Datenschutzhiweis, 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