

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. BEDIENTETER ☐ 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: _____

Ort

Tag

Monat

Jahr

Datum

Unterschrift der Gewerkschaft
(bzw. bei Barauszahlung des Zahlungsempfängers)