

Unfallversicherung  
für MitarbeiterInnen der MA 70



24 Stunden – weltweit!  
Sowohl im Beruf als auch  
in der Freizeit.

# UNFALLVERSICHERUNG

für MitarbeiterInnen der MA 70

[www.vorsorge-gdg.at](http://www.vorsorge-gdg.at)



WIENER  
STÄDTISCHE  
VIENNA INSURANCE GROUP

vorsorge

# IHR VORSORGE-VORTEIL

## Weltweiter Versicherungsschutz. Rund um die Uhr.

	VERSICHERUNGSSUMME	VERSICHERUNGSSUMME
BASISSCHUTZ	Dauerinvalidität	EUR 50.000,-; maximal sogar bis zu einer Leistung von EUR 200.000,-
	Unfalltod	EUR 10.000,-
	Unfallkosten	EUR 1.500,-; Helikopterbergung bis EUR 15.000,-
OPTIONAL	Unfalltaggeld	EUR 15,-/Tag (7 Tage Karenzfrist)

## Weitere Zusatzleistungen

Moderne und zeitgerechte Versicherungsbedingungen bieten einen umfassenden Versicherungsschutz rund um die Uhr, unter anderem auch für:

- Folgen einer Nahrungsmittelvergiftung
- plötzliche Zerrungen und Zerreißungen
- Unfälle durch Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Folgen von Impfschäden
- Folgen von Tierbissen
- Vergiftung durch Einatmen von Gasen und Dämpfen

## Prämienfreie Zusatzleistungen exklusiv nur für MitarbeiterInnen der MA 70

<b>VORSORGE-Bonus</b> Erhöhung der Versicherungsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 75%	einmalig 25% der Versicherungssumme (max. EUR 50.000,-)
<b>Witwen- und Waisenrente</b> Bei einem Unfall mit Todesfolge wird die Witwen- und Waisenrente erhöht	EUR 300,- pro Monat (für max. 5 Jahre bzw. für Kinder bis zum 18. Geburtstag)
<b>Soforthilfe bei Stich-, Schnitt- oder Bissverletzungen</b> mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko*)	einmalig EUR 1.000,-
<b>Rente bei Vorliegen einer HIV-Infektion**)</b>	EUR 300,- pro Monat
<b>Mitversicherung des Flugrisikos</b> Bei der Benützung eines zivilen Luftfahrzeuges im Zuge der Sanitäts- oder Rettungstätigkeit oder für eine Flugrettung besteht Versicherungsschutz bis zu den vereinbarten Versicherungssummen, maximal jedoch	Dauerinvalidität EUR 75.000,- Unfalltod EUR 10.000,-

\*) Bei Kontakten mit erhöhten HIV-Infektionsrisiken – als solche gelten Stich-, Schnitt- oder Bissverletzungen – im Rahmen der beruflichen Tätigkeit erhält die versicherte Person einen Pauschalbetrag von EUR 1.000,-. Voraussetzung ist, dass der Unfall bei der Pflichtkrankenkasse als Arbeitsunfall anerkannt wurde und die versicherte Person den Nachweis erbringt, dass eine sofort, bis spätestens einen Tag nach dem Unfall, beginnende HIV-Prophylaxe durchgeführt wurde.

\*\*) Wird in der Folge innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und nach erfolgter Prophylaxe eine HIV-Infektion festgestellt, so erhält die versicherte Person die versicherte Rente in Höhe von EUR 300,- rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Die Rentenzahlung endet mit dem Tod der versicherten Person, längstens aber nach 20 Jahren.

Weitere Antragsformulare erhalten Sie bei Ihrer FSG-Personalvertretung oder bei Ihrer/m VORSORGE-BetreuerIn:

Werner UNGNADE  
Tel.: 0664/103 87 36  
E-Mail: w.ungnade@staedtische.co.at

Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG  
 Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 30.

Eingang in LD	EA	GK	Polizzenummer
Provisionskontonummer <b>057.350-K3</b>		Name	

## UNFALLVERSICHERUNG FÜR MITARBEITER DER MA 70

Antrag auf eine Unfallversicherung PREMIUM mit Wertanpassung (Prämien inkl. 20% Laufzeitnachlass) der Wiener Städtischen nach den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB PREMIUM) und den Besonderen Bedingungen für Mitarbeiter der Magistratsabteilung 70 der Stadt Wien (gilt für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses).

### VERSICHERUNGSNEHMER (versicherte Person)

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Familiennamen		Vorname		berufliche Tätigkeit		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J	
Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort			
Personalnummer der MA 70		E-Mail		Telefon		Pflichtkrankenkasse		Versicherungsnummer	

### VERTRAGSLAUFZEIT

Versicherungsbeginn: ..... 20 .....	Laufzeit: ..... 20 .....
-------------------------------------	--------------------------

### MONATSPRÄMIE (Zahlung bis zum Vertragsende) Wählen Sie Ihren Versicherungsschutz (bitte ankreuzen)

	DECKUNGSUMFANG	VERSICHERUNGSSUMME	VORSORGE VORTEILSPRÄMIE	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>BASISSCHUTZ</b>	Dauerinvalidität	EUR 50.000,-; maximal sogar bis zu einer Leistung von EUR 200.000,-	Basisschutz <b>EUR 8,60</b> pro Monat	Basisschutz mit Unfalltaggeld <b>EUR 14,60</b> pro Monat
	Unfalltod	EUR 10.000,-		
	Unfallkosten	EUR 1.500,-; Helikopterbergung bis EUR 10.000,-		
<input type="checkbox"/> <b>OPTIONAL</b>	Unfalltaggeld	EUR 15,-/Tag (7 Tage Karenzfrist)		

Im Falle dauernder Invalidität wird die Versicherungsleistung bereits ab 1% erbracht und ab 25%iger Invalidität progressiv steigend nach folgendem Schema erbracht: der 25% übersteigende und 50% nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdoppelt, der 50% übersteigende und 75% nicht übersteigende Invaliditätsgrad vervierfacht und der 75% übersteigende Invaliditätsgrad wird versechsfacht. Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlen wir bereits 400% der vereinbarten Versicherungssumme.

### PRÄMIENZAHLUNG IM EINZUGSVERFAHREN

<input checked="" type="checkbox"/> monatlich	Name des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer
---	------------------------	--------------	-------------

Besteht oder bestand eine private Kranken- oder Unfallversicherung für die versicherte Person oder wurde eine solche beantragt?					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
wenn ja: Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis		
Wurde ein Antrag abgelehnt bzw. ein Vertrag gekündigt?					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
wenn ja: Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis		

### GESUNDHEITSERKLÄRUNG BZW. GESUNDHEITSFAGEN

Sind bei Ihnen Erkrankungen oder Beschwerden – siehe dazu die beispielhafte Aufzählung bei (\*) – aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Auch bestehende Folgen nach Unfallverletzungen sind anzugeben. Sind auffallende bzw. von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z.B. erhöhte Blutfettwerte, Harnsäurewerte, Leberwerte, Blutzuckerwerte), Allergien oder Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden?  
 nein  ja, welche?

Bereits erlittene Unfälle und Verletzungen			
Datum des Unfalls	Art des Unfalls	Unfallfolgen	Entschädigung durch

Regelmäßige oder gewohnheitsmäßige Einnahme von Medikamenten oder Drogen (Suchtgiften) bzw. Genuss von Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Zeitraum? Welche? Wogegen? Wieviel täglich?
--

Üben Sie eine Sportart vertraglich oder in einer Liga oder eine gefährliche Freizeitaktivität aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	Größe und Gewicht?  cm kg
--	---------------------------------

(\*) Wichtig sind insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, anomale Blutdruckwerte), der Lunge und der Atemwege (z.B. Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma), der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nieren- oder Harnwegsentzündungen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenkrankungen), Krankheiten der Verdauungsorgane (z.B. Erkrankungen des Magens, des Darms, der Speiseröhre, der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse), Krankheiten des Bewegungsapparats bzw. der Wirbelsäule (z.B. Gelenksabnutzungen, Bandscheibenschädigungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Knochenerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen), Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks und des Nervensystems bzw. psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose), Krankheiten der Haut und der Sinnesorgane (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, grauer bzw. grüner Star, chronische Mittelohrentzündung, Störungen des Hör- oder Sehvermögens), Krankheiten des Blutes (z.B. Leukämie, Gerinnungsstörungen), Krankheiten der Schilddrüse (z.B. Struma, Funktionsstörungen) und Diabetes (Zuckerkrankheit).

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unbedingt auf der Rückseite die „Schlusserklärung“. Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, die Zustimmung zur Übermittlung und Verwendung von Daten sowie Informationen über den Umfang der Vertretungsmacht des Vermittlers und das Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz bzw. nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt des Antrages.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu – wobei diese Zustimmung verweigert oder widerrufen werden kann –, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukten verwendet oder durch Konzern und Partnerunternehmen verwenden lässt, und dass ihnen auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer Homepage <a href="http://www.wienerstaedtsche.at">www.wienerstaedtsche.at</a> zu finden oder können über die Serviceline 050 350 350 erfragt werden.	<input type="checkbox"/> ja, ich stimme zu <input type="checkbox"/> nein
--	---

Ort, Datum	Unterschrift Werber	Unterschrift des Versicherungsnehmers
An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch sechs Wochen gebunden.		