



Österreichischer Aero Club, 1040 Wien, Prinz Eugen Str. 12

Tel: +43/1/5051028-74, Fax: +43/1/5057923

www.aeroclub.at, fallmann.gabriela@aeroclub.at

UNFALLVERSICHERUNGEN:

Versicherungsnehmer der nachfolgend angeführten Versicherungen ist der ÖAeC. Unfallmeldungen sind durch den ÖAeC an die HELVETIA Versicherung zu erstatten. Diese sollten daher so bald wie möglich an den ÖAeC, z.Hd. Frau Fallmann, geschickt werden um dann vom ÖAeC umgehend weitergeleitet werden zu können.

Kollektiv Unfallversicherung mit Flugrisiko

Der Versicherungsschutz ist gültig für alle Mitglieder der Sektionen Ballonfahrt, Segelflug, Motorflug inkl. Ultraleicht, Helikopter, Amateurbau.

- ⇒ Neu angemeldete Mitglieder haben ab dem Tag der Anmeldung (Poststempel) Versicherungsschutz, wenn der Mitgliedsbeitrag innerhalb Monatsfrist einbezahlt wird.
- ⇒ Mitglieder, welche im Vorjahr den ÖAeC-Mitgliedsbeitrag bezahlt haben, haben im Folgejahr ab dem 1. Jänner Versicherungsschutz, wenn der Beitrag des Folgejahres vor dem 31. März einbezahlt wird.
- ⇒ Bei Einzahlung nach dem 31. März beginnt der Versicherungsschutz ab dem Eingang des ÖAeC-Mitgliedsbeitrages.

Die Versicherung erstreckt sich auf berufliche und außerberufliche Unfälle. Des weiteren erstreckt sich der Versicherungsschutz, in Abänderung des Art. 6, Pkt.4 u. Art.17, Pkt.1 der AUVB 1988, Fassung 1994 auf Tätigkeiten im Rahmen des Aero Clubs auch auf die Risiken Ballonfahrt, Segelflug, Motorflug, Ultraleicht, Helikopter und Amateurbau (wenn behördlich zugelassen). Nicht mitversichert hingegen sind berufliche Flugtätigkeiten sowie solche gegen Entgelt.

- **Geltungsbereich:** Ganze Erde

Leistungen der Versicherung:

- Todesfall: **€ 4.00,00** an unterhaltsberechtigter Hinterbliebener bzw. an die gesetzlichen Erben.
- Invalidität: **€ 15.000,00** bei Teilinvalidität entsprechend weniger
- **Seit 1985 werden bei Doppelmitgliedschaft (Mitglied beim ÖAeC über 2 Vereine) im Schadensfalle (Unfälle) von der Versicherung auch die doppelten Leistungen erbracht.**

Kollektiv Unfallversicherung ohne Flugrisiko - Sektion Modellflug

Die Bestimmungen über den Versicherungsschutz sind die selben wie bei der Kollektiv Unfallversicherung mit Flugrisiko. Versichert sind berufliche und außerberufliche Unfälle, das Flugrisiko nur als Passagier auf Linien und Charterflügen.

Leistungen der Versicherung:

- Taggeld: **€ 3,00** vom 1. bis 365. Tag des durch den Unfall bedingten Krankenstand.
- Todesfall: **€ 5.000,00** an unterhaltsberechtigten Hinterbliebenen bzw. an die gesetzlichen Erben.
- Invalidität: **€ 11.000,00** bei Teilinvalidität entsprechend weniger.

Für die Bearbeitung der o.a. Versicherungen wird folgendes benötigt:

- * Ausgefüllte Unfallschadensmeldung
- * Name und Vereinszugehörigkeit (EDV-Mitgliedsnummer) des Verunglückten sowie die genaue Anschrift.
- * Datum und Ort des Unfalles
- * Art des Unfalles (Flug- oder anderer Unfall). Wenn möglich eine Kopie des amtlichen Berichtes (Störungsmeldung der ACG, Bestätigung der Gendarmerie, Bestätigung des Unfallspitales, etc.)

Vom Verunglückten bzw. den Angehörigen ist zu veranlassen:

Bei Todesfall:

- * Übermittlung der Sterbeurkunde (Original oder Kopie)
- * Angabe jener Hinterbliebenen die zum Zeitpunkt des Unfalles einen gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Toten hatten (in Ermangelung solcher Personen - die gesetzlichen Erben).
- * Zur Dokumentierung der Angaben des vorherigen Punktes, die Angaben des Gerichtes, bei welchem das Verlassenschaftsverfahren anhängig ist, mit Angabe der Geschäftszahl. Bekanntgabe des Notars, welcher für die Verlassenschaft als Gerichtskommissar bestellt ist.

Bei Verletzung:

- * Es sind möglichst umgehend Berichte über den Krankheitsverlauf, ärztliche Befunde, Krankengeschichte, Bestätigung über die Dauer des Krankenstandes, etc. zu übermitteln.
- * Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung für Dauerfolgen nur dann, wenn die Dauerfolgen innerhalb eines Jahres ab Unfalldatum entstanden und längstens innerhalb weiterer 3 Monate unter Vorlage entsprechender ärztlicher Bestätigung, geltend gemacht wurden.

Unfallversicherung Schadenbericht



Helvetia Versicherungen AG

Schadenservice

Der direkte Draht für Ihre Schadenmeldung

schaden@helvetia.at

F +43 (0) 50 222-91562

www.helvetia.at

Generaldirektion:

1010 Wien, Hoher Markt 10-11

T +43 (0) 50 222-1000, F +43 (0) 50 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer

Versicherter (Verletzter)

Familien- u.
Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.,
E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum:

IBAN:

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum:

Uhrzeit:

Unfallort:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Zeugen (Name, Adresse, Telefon-Nr.):

Schilderung des Unfallherganges:

Verwandtschaftsverhältnis zwischen
Versicherungsnehmer und Verletztem:

Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfallversicherungen?

☐ ja

☐ nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Haben Sie schon früher eine Unfallentschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten?

☐ ja

☐ nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Betrag: EUR

Welche Körperteile sind verletzt
(Art der Verletzung)?

Name und Adresse des Arztes, der Sie
wegen des Unfalles behandelt:

Bei mitversichertem Spitalgeld
und/oder Taggeld können die
umseits vorgedruckten Bestä-
tigungen verwendet werden!

Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalspflege?
Wenn ja, in welchem Spital?

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles vollkommen gesund
oder hatten Sie irgendein Leiden oder Gebrechen?

Falls sich der Unfall beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ereignete:

Führerschein-
Nr.:

Führerschein-
klassen:

Führerschein
ausgestellt von:

Führerschein
ausgestellt am:

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ich ermächtige die Helvetia Versicherungen AG sowie deren Vertreter, in alle diesen Vorfälle betreffenden Akten, insbesondere Strafbefehle und in meine Krankengeschichte
Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufertigen. Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, jede Auskunft zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung.

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles

vom

von

bis

wegen (Diagnose)

arbeitsunfähig.

Datum

Unterschrift