Österreichischer Aero Club, 1040 Wien, Prinz Eugen Str. 12
www.aeroclub.at, versicherung@aeroclub.at, Tel: +43/1/5051028-74

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, versicherung@aeroclub.at, 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 Risken 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: **€ 4.000,00** an unterhaltsberechtigte Hinterbliebene 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.**

November 2026

Kollektiv Unfallversicherung ohne Flugrisiko - Sektion Modellflug

Die Bestimmungen über den Versicherungsschutz sind dieselben 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:

- Todesfall: **€ 5.000,00** an unterhaltsberechtigte Hinterbliebene 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 Hinterbliebener 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.

November 2026

Unfallversicherung
Schadenbericht

Formular zurücksetzen

helvetia

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 Unfall- oder Krankenversicherungen? ☐ ja ☐ nein
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n): Falls ja: ☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung

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:

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

Bei mitversichertem Spitalgeld und/oder Taggeld können die umseits vorgedruckten Bestätigungen verwendet werden!

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:

Haben Sie eine Kreditkartenversicherung oder sind Sie Mitglied bei Organisationen mit Versicherungsschutz (z.B. Naturfreunde, Österreichischer Alpenverein, ÖAMTC, ARBÖ, udgl.)? ☐ ja nein
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n): Art der Versicherung:

Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente, welche die Verkehrstüchtigkeit einschränken, konsumiert? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, wieviel?

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ich bevollmächtige die Helvetia Versicherungen AG und die von dieser beauftragten Personen, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufordern und anzufertigen.

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

Einzelzustimmung gemäß § 11a VersVG zur Ermittlung personenbezogener Daten

Schadennummer (Polizzennummer): Vorfall vom:
Patient: geboren am:
Adresse:

Im Rahmen des mit Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10-11, 1010 Wien (im Folgenden "Helvetia") bestehenden Versicherungsverhältnisses müssen wir Ansprüche aus Ihrem Leistungsfall dem Grunde und der Höhe nach prüfen. Zu diesem Zweck benötigen wir die nachstehenden personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten von der zuständigen Behörde / dem zuständigen Gericht und/oder von Ihrem behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister über Diagnose, Anamnese sowie Art und Dauer der Behandlung:

- Daten zu Unfallhergang, -gründen und -ursachen
- Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung
- Daten zu erbrachten Behandlungsleistungen
- Daten über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer
- Daten zur Behandlungsentlassung oder –beendigung
- Leistungsblatt des Versicherungsträgers der letzten Jahre
- Relevante Unterlagen der letzten Dienstgeber

Die aufgelisteten Daten umfassen insbesondere die zur Leistungsfallprüfung unerlässlichen Auskünfte der Behörde, des Gerichts sowie Ihres behandelnden Arztes oder Gesundheitsdienstleisters über mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehende Unfallursachen und –folgen, Krankheiten und Gebrechen wie auch Daten zur Anamnese und zum Statusblatt, zur Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Anästhesieprotokolle, Pflegeberichte und/oder Entlassungsberichte, wobei im Einzelfall auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann. Helvetia behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Helvetia zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem vorliegenden Versicherungsfall die oben aufgelisteten personenbezogenen Daten von der Behörde, vom Gericht sowie vom behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister ermitteln darf.

Sie entbinden die Behörde, das Gericht sowie den behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von sämtlichen, insbesondere beruflichen und ärztlichen Schweigepflichten. Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass sämtliche der oben angeführten Daten von Ihnen selbst zu übermitteln wären. Helvetia kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Leistungsfallprüfung nicht vornehmen.

Aufnehmende Behörde:	Aktenzahl:
Behandelndes Krankenhaus:	Behandlungszeit:
Behandelnde(r) Arzt/Ärzte:	Behandlungszeit:

Datum: …… Unterschrift: ……