

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

<b>Polizzenummer/ Schadennummer</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)
<b>Versicherungsnehmer</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Familienname, Vorname, Titel	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür
<b>Versicherte (unfallbetroffene) Person</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Familienname, Vorname, Titel	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input type="text"/>	
	Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.)	

## Allgemeine Angaben

<b>Zeitpunkt des Unfalls</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
<b>Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)</b>	<input type="text"/>	
<b>Beschreibung des Ereignisablaufes</b>	<input type="text"/>	
Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen: Hat der/die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Anstalt?
Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?	<input type="text"/>	Bitte Aktenzahl (wenn möglich)
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wie viele?
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.)

## Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

<b>Fahrzeuglenker</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Führerscheinnummer	Fahrzeuggruppe

# Ermächtigung und Bankverbindung

## Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall

Ich erkläre hiermit der UNIQA Österreich Versicherungen AG bzw. der Salzburger Landes-Versicherung AG meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

### Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.

Des weiteren ermächtige ich die UNIQA Österreich Versicherungen AG bzw. die Salzburger Landes-Versicherung AG in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.

Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

### Widerrufsfolgen

Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte oder bezugsberechtigte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln haben und vor Zugang der zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten Daten beim Versicherer, keine Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Soweit eine Datenerhebung, eine Datenübermittlung oder die Auswertung bereits übermittelter Daten ganz oder teilweise unterbleibt, kann dies auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

## Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

## Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum, Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

teilweise Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

War der/die Verletzte im Krankenhaus?

ja



Krankenhaus

nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja



Welche?

möglicherweise



nein

## Gesundheitliche Behinderung

(vor dem Unfall)

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

ja



Bitte nähere Angaben

nein

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

ja



In welcher Form?

möglicherweise



nein

Berichtshonorar überweisen auf

IBAN des Zahlungsempfängers

BIC

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

UNIQA Österreich Versicherungen AG, A-1029 Wien, Untere Donaustraße 21, Tel. +43 (0) 50677, Sitz: Wien, FN 63197m Handelsgericht Wien, DVR: 0018813  
Salzburger Landes-Versicherung AG, A-5021 Salzburg, Auerspergstraße 9, Postfach 32, Tel. +43 (0) 50677, FN 67427h Landesgericht Salzburg, DVR: 0014036

Zutreffendes bitte ankreuzen!