



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

Polizzenummer/ Schadensnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadensnummer (wenn bekannt)
Versicherungsnehmer	<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
Versicherte (unfallbetroffene) Person	<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

Zeitpunkt des Unfalls	Datum	Uhrzeit
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)		
Beschreibung des Ereignisablaufes		
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?		Bitte Aktenzahl (wenn möglich)
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wie viele?
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.)

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist die versicherte Person über einen Verein versichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welcher Verein? Welche Versicherung?
Ist die versicherte Person Mitglied/Förderer bei Organisationen mit Versicherungsschutz? (z.B. Naturfreunde, Österreichischer Alpenverein etc.)	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Mitgliedsnummer)
Ist die versicherte Person in Besitz des Freizeittickets?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Mitgliedsnummer)
Ist die versicherte Person in Besitz von Kreditkarten mit Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? (Kartennummer)
		Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife)

Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeughenker	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
	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 Abnützungsercheinungen, 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.

Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

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 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.

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 Versicherungsnehmer

Polizzenummer/
Schadennummer

Polizzenummer (unbedingt angeben)

Schadennummer (wenn bekannt)

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 dauernden Funktionsstörungen?

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 Behinde-
rungen (Bewegungseinschränkung,
Amputationen usw.), Wirbelsäulen-
leiden (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

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

1. Bei Vertragsabschluss oder einer Vertragsänderung darf UNIQA meine Gesundheitsdaten bei Ärzten oder Krankenanstalten einholen

Ich als **versicherte Person** stimme zu, dass sich UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien (UNIQA) über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten in Hinblick auf den Vertragsabschluss oder eine Vertragsänderung bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten und auch bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern informiert. Darüber hinaus darf UNIQA zu diesem Zweck auch Einsicht in etwaige bereits vorhandene Gesundheitsdaten nehmen. UNIQA beurteilt anhand der Gesundheitsdaten ob und zu welchen Bedingungen der Versicherungsvertrag abgeschlossen oder die beantragte Vertragsänderung durchgeführt wird.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Erforderliche medizinische Unterlagen wie Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde
- Sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt
- Klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten

Ich entbinde mit meiner Einwilligung die hier Befragten von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, die Übersicht allfälliger Datenempfänger, meine Rechte und die Speicherfristen) erhalte ich jederzeit unter www.uniqa.at im Bereich „Datenschutz“.

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Wenn ich nicht zustimme, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. Fehlen diese Unterlagen, kann UNIQA im Einzelfall meinen Antrag ablehnen oder unter geänderten Bedingungen annehmen. **Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

- | | | |
|---|--|--|
| Versicherungsnehmer (VN), versicherte Person 1 (VP 1) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 2 (VP 2) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 3 (VP 3) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 4 (VP 4) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 5 (VP 5) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |

2. Nach einem Versicherungsfall darf UNIQA meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ich Anspruch auf Leistung habe (Vorausermächtigung)

Ich als **versicherte Person** stimme zu, dass sich UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien (UNIQA) über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um den Versicherungsfall abwickeln zu können.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnutzungserscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
 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; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle

Bevor UNIQA Auskunft einholt, informiert sie mich bzw. im Fall meines Ablebens, meine Rechtsnachfolger (z.B. die Hinterbliebenen) oder – bei deren Fehlen – die Begünstigten des Vertrags (Betroffene) über Grund und Umfang und klärt über das Widerspruchsrecht, sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich auf. Nachdem ich bzw. der Betroffene die Information erhalten habe bzw. hat, kann innerhalb von 14 Tagen Widerspruch eingelegt werden. Erfolgt von mir bzw. dem Betroffenen kein Widerspruch, dürfen von UNIQA die Daten auf Basis der bereits erteilten Einwilligung eingeholt werden.

Ich als versicherte Person stimme zu,

- dass UNIQA zur Beurteilung der Leistungspflicht Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) im erforderlichen Ausmaß einholt
- dass UNIQA Gerichts- und Polizeiakte einsieht und bei diesen Stellen Auskünfte einholt
- die in diesem Punkt genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung zu entbinden

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, die Übersicht allfälliger Datenempfänger, meine Rechte und die Speicherfristen) erhalte ich jederzeit unter www.uniqa.at im Bereich „Datenschutz“.

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Wenn ich nicht zustimme, muss später bei jedem einzelnen Versicherungsfall eingewilligt werden. Wenn eine Erklärung später abgegeben wird, kann sich die Abwicklung des Versicherungsfalles verzögern. **Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

Liegt meine Einwilligung UNIQA nicht vor, weil ich sie widerrufen habe oder der Auskunftserhebung im Einzelfall nicht zugestimmt wurde, dann ist der Betroffene selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. Ich weiß, dass UNIQA die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen auszuführen. Wenn UNIQA die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit von UNIQA führen.

Versicherungsnehmer (VN), versicherte Person 1 (VP 1)	<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person 2 (VP 2)	<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person 3 (VP 3)	<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person 4 (VP 4)	<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person 5 (VP 5)	<input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu	<input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu

Mit meiner Unterschrift nehme ich die Datenschutzhinweise zur Kenntnis und bestätige meine Entscheidungen zur Zustimmung oder Nicht-Zustimmung von allfälligen Einwilligung(en). **Sofern ich als Versicherungsnehmer eine Versicherung für eine dritte versicherte Person abschließe und die versicherte Person dieses Dokument nicht mitunterschreibt, bestätige ich mit meiner Unterschrift zusätzlich, dass ich die versicherte Person über die Datenverarbeitung vollständig informiert habe und von der versicherten Person die oben abgegebenen und für die versicherte Person zutreffende Einwilligungen nachweisbar eingeholt habe. Die Datenschutzhinweise sind für mich auf www.uniqa.at im Bereich „Datenschutz“ jederzeit aufruf-, reproduzier- und druckbar.**

Unterschrift Versicherungsnehmer (VN) versicherte Person 1 (VP1)
Unterschrift versicherte Person 2 (VP2) bzw. gesetzl. Vertreter
Unterschrift versicherte Person 3 (VP3) bzw. gesetzl. Vertreter
Unterschrift versicherte Person 4 (VP4) bzw. gesetzl. Vertreter
Unterschrift versicherte Person 5 (VP5) bzw. gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Einwilligungserklärung

Für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Betroffener	
Name	
vertreten durch (bei Firmen oder Kindern unter 14 Jahre)	Geburtsdatum
Straße / Hausnr.	PLZ / Ort
Verantwortlicher	
Vermittler	Firmenstempel
Straße / Hausnr.	PLZ / Ort
GISA-Zahl	Genehmigende Behörde

1. Allgemeine Bestimmungen

"Personenbezogene Daten" sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (betroffene Personen) beziehen. Es kann sich dabei um private, berufliche, wirtschaftliche Informationen, Eigenschaften, Kenntnisse oder physiologische Merkmale handeln.

Personenbezogene Daten sind daher insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Polizznummer oder aber auch Gesundheitsdaten.

Nachdem **Gesundheitsdaten sensible Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO sind**, ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (z.B. Daten aus Ihrer Krankengeschichte) grundsätzlich unzulässig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die „betroffene Person“ in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten, wie unter Punkt 2, einwilligt.

2. Einwilligungserklärung

1. Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten**, wie etwa meine gesamte Krankengeschichte, zum Zwecke der Vertragserfüllung (z.B. zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes) **erfasst und verarbeitet werden**.

2. Ebenfalls **stimme ich ausdrücklich zu**, dass die verarbeiteten Daten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung **auch an Dritte**, und zwar insbesondere **an Versicherungsunternehmen weitergegeben werden**.

3. **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann**. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Unterschrift Betroffener

Ort / Datum

Unterschrift