



- UNIQA Österreich Versicherungen AG  
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Tel.: +43 (0) 50677  
Sitz: Wien, FN 63197 m Handelsgericht Wien, DVR: 0018813
- Salzburger Landes-Versicherung AG  
Auerspergstraße 9, 5020 Salzburg, Tel.: +43 (0) 50677  
Sitz: Salzburg, FN 67427h Landesgericht Salzburg, DVR: 0014036

# Unfall- versicherung

# Unfall- meldung

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

<b>Polizzenummer/ Schadennummer</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/> Polizzenummer (unbedingt angeben)	<input style="width: 95%;" type="text"/> Schadennummer (wenn bekannt)	
<b>Versicherungsnehmer</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/> Familienname, Vorname, Titel <span style="float: right;">Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</span>		
	<input style="width: 20%;" type="text"/> Postleitzahl	<input style="width: 80%;" type="text"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
<b>Versicherte (unfallbetroffene) Person</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/> Familienname, Vorname, Titel <span style="float: right;">Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr</span>		
	<input style="width: 20%;" type="text"/> Postleitzahl	<input style="width: 80%;" type="text"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	<input style="width: 95%;" type="text"/> Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)		<input style="width: 20%;" type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input style="width: 95%;" 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 (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.

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

## 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 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

Zutreffendes bitte ankreuzen!