



|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>Über den Unfall vom:</b>                  | <input type="text"/><br>Datum                       | <input type="text"/><br>Polizzenummer (unbedingt angeben)           | <input type="text"/><br>Schadennummer (wenn bekannt) |
| <b>Versicherungsnehmer</b>                   | <input type="text"/><br>Familiename, Vorname, Titel |   |  |
|  | <input type="text"/><br>Postleitzahl                | <input type="text"/><br>Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür |  |
|  | <input type="text"/><br>E-Mail                      | <input type="text"/><br>Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.          |  |
| <b>Versicherte (unfallbetroffene) Person</b> | <input type="text"/><br>Familiename, Vorname, Titel |   | <input type="text"/><br>Geburtsdatum TT/MM/JJJJ      |
|  | <input type="text"/><br>Postleitzahl                | <input type="text"/><br>Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür |  |

**Angaben des behandelnden Arztes** Unfallfolgen: Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung (Diagnose):

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| Arbeitsunfähigkeit:  |                               |   |  |
| völlige (100 % ige) Arbeitsunfähigkeit                             | <input type="checkbox"/>      | → | von <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/> |
| teilweise Arbeitsunfähigkeit                                       | <input type="checkbox"/>      | → | von <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/> |
| War der/die Verletzte im Krankenhaus?                              | <input type="checkbox"/> ja   | → | <input type="text"/><br>Krankenhaus                              |
|  | <input type="checkbox"/> nein |   |  |
| Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung? | <input type="text"/>          |   |  |
| Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?                    | <input type="checkbox"/> ja   | → | <input type="text"/><br>Welche?                                  |
|  | <input type="checkbox"/> nein |   |  |

### UNIQA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

#### UNIQA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

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 sowie bei im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (zB die Polizei) und Gerichten informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und 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
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten
- die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen)

Mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, der Übersicht allfälliger Datenempfänger, zu Ihren Rechten und Speicherfristen) erhalte ich unter [www.uniqa.at](http://www.uniqa.at) im Bereich Datenschutz.

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. **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 nicht erteilt oder widerrufen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. UNIQA behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. 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.

Ja, ich stimme zu  Nein, ich stimme nicht zu

## Auskunftsvollmacht

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (zB die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug habenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer Unterschrift), dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ja, ich stimme zu  Nein, ich stimme nicht zu

## Datenschutz

Daten sind bei uns gut aufgehoben! Wir achten darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Über den Umgang mit Daten informieren im Detail die diesem Dokument beigelegten Datenschutzhinweise, die auch auf [www.uniqa.at](http://www.uniqa.at) im Bereich Datenschutz zu finden sind. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter [datschutz@uniqa.at](mailto:datschutz@uniqa.at)

Ort, Datum

Unterschrift des/der verletzten Person

Unterschrift Versicherungsnehmer

## Angaben über die Heilbehandlung

Stand der/die Verletzte seit dem Unfall regelmäßig bei Ihnen in Behandlung?

ja  nein

Bei welchen Ärzten, in welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. stand der/die Verletzte außerdem noch in Behandlung?

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 →  
 nein

Bitte nähere Angaben:

Stehen Heilmaßnahmen noch bevor? (z.B. Rehabilitation, Entfernung von Nägeln, Platten usw.)

ja →  
 nein

Welche?

Wäre durch eine besondere Heilbehandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des/der Verletzten zu erreichen?

ja →  
 nein

Welche?

Wurde die Behandlung endgültig abgeschlossen?

ja →  
 nein

Wann?

Hat sich der/die Verletzte den ärztlichen Anordnungen unterworfen und so zu einem bestmöglichen Heilungsverlauf beigetragen?

ja  
 nein →

Bitte nähere Angaben:

### Berichtshonorar überweisen auf

IBAN des Zahlungsempfängers

BIC

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes