

## Unfallversicherung | Unfallmeldung

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

Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)
-----------------------------------	------------------------------

### Versicherungsnehmer:in

Anrede, Familienname, Vorname, Titel		
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	PLZ	Wohnort
Tagsüber erreichbar unter Telefonnummer	E-Mail	

### Versicherte (unfallbetroffene) Person

Anrede, Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	PLZ	Wohnort
Tagsüber erreichbar unter Telefonnummer	E-Mail	
Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)		
Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt:in, Schi-, Tennislehrer:in usw.)		

### Allgemeine Angaben

Zeitpunkt des Unfalls	Datum	Uhrzeit	
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)	Bundesland	PLZ	Ort
	Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		
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.)
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? (Kartenummer)
		Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife)
Hat die verletzte Person ein Kfz gelenkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte Kopie der Vor- und Rückseite der Lenkberechtigung beilegen

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

## Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

### **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) und der beauftragte medizinische Sachverständige 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 und der beauftragte medizinische Sachverständige folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungsercheinungen, 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, sonstige medizinische Unterlagen, Einsatz- und 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 Amtverschwiegenheit 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 [datenschutz.uniqagroup.com](https://datenschutz.uniqagroup.com)

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 auszuzahlen. 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

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

## Auskunftsvollmacht

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 nehmenden 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

## Datenschutzhinweise

Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen unter [www.uniqa.at/versicherung/datenschutz.html](http://www.uniqa.at/versicherung/datenschutz.html). Sofern personenbezogene Daten von Personen wie insbesondere versicherte Personen, Prämienzahler, Bezugsberechtigte verarbeitet werden, informieren Sie diese über die Datenschutzhinweise von UNIQA.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte/verletzte Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer:in

## Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

## Ärztlicher Vermerk

Der Bericht soll auf Basis der anamnestisch bekannten Daten ausgefüllt werden. Eine weiterführende Diagnostik oder zusätzliche Untersuchungen sind hierfür nicht vorgesehen. Das Honorar erstatten wir entsprechend der Honorarordnung der Österreichischen Ärztekammer.

Polizzennummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)
------------------------------------	------------------------------

### Versicherte (unfallbetroffene) Person

Vorname, Familienname, Titel	Geburtsdatum
------------------------------	--------------

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

### Gesundheitliche Beeinträchtigung (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.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte nähere Angaben
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher Form?

### Berichtshonorar überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel behandelnde:r Ärztin oder Arzt