

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

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

Arbeitsunfähigkeit völlige (100%) 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

Zustimmungserklärung

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des/der Verletzten	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

Angaben über die Heilbehandlung

Stand der/die Verletzte seit dem Unfall regelmäßig bei Ihnen in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welchen Ärzten, in welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. stand der/die Verletzte außerdem noch in Behandlung?	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
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: <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
Stehen Heilmaßnahmen noch bevor? (z.B. Rehabilitation, Entfernung von Nägeln, Platten usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Welche? <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Wäre durch eine besondere Heilbehandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des/der Verletzten zu erreichen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Welche? <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Wurde die Behandlung endgültig abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Wann? <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Hat sich der/die Verletzte den ärztlichen Anordnungen unterworfen und so zu einem bestmöglichen Heilungsverlauf beigetragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Bitte nähere Angaben: <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>

Berichtshonorar überweisen auf

--	--

IBAN des Zahlungsempfängers

BIC

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes