

## Unfall-Schadenanzeige

|                |               |            |         |
|----------------|---------------|------------|---------|
| Polizzenummer  |               |            |         |
| Raiffeisenbank | BLZ/Fil.<br>/ | Berater:in | Ref.Nr. |

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz) Seiten 4-5 (Vermerk des behandelnden Arztes) kann entfallen, wenn ein Ambulanzblatt oder eine ärztliche Bestätigung mit eindeutiger Diagnose beigelegt wird.

### Versicherungsnehmer:in

|                                              |              |                                         |  |
|----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--|
| Vorname, Familienname, Titel bzw. Firmenname |              | <b>Telefonnummer und E-Mail Adresse</b> |  |
| Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür       | Postleitzahl | Wohnort                                 |  |

### Versicherte (unfallbetroffene) Person

|                                        |              |                                            |  |
|----------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|--|
| Vorname, Familienname, Titel           |              | Geburtsdatum                               |  |
| Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | Postleitzahl | Wohnort                                    |  |
| Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)     | Nebenberuf   | tagsüber erreichbar unter Tel. oder E-Mail |  |

### Allgemeine Angaben

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Ort des Unfalles (bitte genaue Angaben)                                                                                                                                                                     |                                                                                                             | Datum                                                                                                                                                               | Uhrzeit |
| Beschreibung des Unfallherganges!                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |         |
| War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                           | Ist der Verletzte gesetzlich unfallversichert?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, bei welcher Anstalt?                                                                                                                                       |         |
| War das Ereignis im Zuge einer Sportausübung?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                  | Welche Art von Sport wurde ausgeführt?                                                                      | Wurde der Sport im Zuge eines Wettbewerbes ab Landesmeisterschaften ausgeführt oder war es ein Motorsportunfall (auch Training zum Rennen oder sonstiges Training)? |         |
| 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 alkoholische Getränke konsumiert,<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/wie viele? |                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |         |
| Stand die versicherte Person unter Suchtgift oder Medikamenteneinfluss?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?                                                               |                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |         |
| Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften unfallversichert?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gesellschaft? Pol.-Nr.?                                          |                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Bei Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche (Zahlscheinpolizze mit 4 Paketen):</b><br>Besteht ein Jugend-/Studentenkonto bei der Raiffeisenbank? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br>Wenn ja, seit wann:                      IBAN:<br><input type="checkbox"/> Paket 1 <input type="checkbox"/> Paket 2 <input type="checkbox"/> Paket 3 <input type="checkbox"/> Paket 4<br>▪ Wenn ein Konto besteht, bitte Zahlscheinabschnitt ab Paket 2 vorlegen,<br>▪ wenn kein Konto besteht, bitte immer Zahlscheinabschnitt vorlegen. | Wenn ja, bitte hier mit Bankstempel und Unterschrift bestätigen |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Für die Bearbeitung von unverzüglich zu erbringenden versicherten Leistungen (Knochenbruchpauschale, Sofortleistung, Unfallkosten und andere ...) beantworten Sie bitte vollständig folgende Fragen:

| Ich beanspruche die Auszahlung der (Zutreffendes ankreuzen!) |                                                           |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Knochenbruchpauschale?                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ambulanzblatt od. ärztl. Bestätigung mit eindeutiger Diagnose beilegen. |
| Sofortleistung?                                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Mindestens 5 Tage ununterbrochener unfallbedingter Spitalsaufenthalt    |
| Unfallkosten/Notfallpaket?                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Bitte verwenden Sie das Formular „Einreichung Unfallkosten“             |
| Andere Leistungen?                                           |                                                           |                                                                         |

| Beantworten Sie bitte vollständig folgende Fragen nach anderen Leistungen: |                                                           |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unfall mit Kraftfahrzeug oder Fluggerät?*                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Art des Kraftfahrzeuges oder Fluggerätes?<br><br>*) Wenn ja, vollständige Kopie des Führerscheines/Mopedausweises beilegen. |
| Unfall infolge Raufhandel?                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                                                                                                             |
| Wird ärztlich voraussichtlich eine dauernde Invalidität bestätigt?         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, unbedingt Unfall-Schadenanzeige <u>Seiten 4-5</u> ärztlich bestätigt.                                              |

### Leistung überweisen auf

|                           |      |     |
|---------------------------|------|-----|
| Name Zahlungsempfänger:in | IBAN | BIC |
|---------------------------|------|-----|

### Versicherte (unfallbetroffene) Person

|                                          |              |            |              |
|------------------------------------------|--------------|------------|--------------|
| Polizzennummer (bitte unbedingt angeben) |              | Unfall am: |              |
| Vorname, Familienname, Titel             |              |            | Geburtsdatum |
| Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür   | Postleitzahl | Wohnort    |              |

(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 Abnützungserscheinungen, 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 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 [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 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

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

**Auskunftsvollmacht**

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (z.B. 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

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

---

Einverständnis Bank als Gläubiger (Auszahlung Leistung auf Konto – Seite 1)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Unterschrift versicherte/verletzte Person,  
Versicherungsnehmer:in, (gesetzlicher Vertreter)

## 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 (bitte unbedingt angeben)

### 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 einschl. _____<br><input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____ |              |
| War der/die Verletzte im Krankenhaus?                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                        | Krankenhaus  |
| Wie lange befand sich der/ die Verletzte in stationärer Behandlung?             | von _____ bis einschl. _____<br>von _____ bis einschl. _____                                                                                                                     |              |
| Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche dauernden Funktionsstörungen?                                                                                  |              |


**Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degenerationen (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben |
| Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welcher Form?     |

**Berichtshonorar überweisen auf**

|                           |      |     |
|---------------------------|------|-----|
| Name Zahlungsempfänger:in | IBAN | BIC |
|---------------------------|------|-----|

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel behandelnde:r Ärzt:in