

Unfall-Schadenanzeige

Polizzenummer			
Raiffeisenbank	BLZ/Fil. /	Berater	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

Vorname, Familienname, Titel bzw. Firmenname		Telefonnummer und E-Mail Adresse	
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)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist der Verletzte gesetzlich unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welcher Anstalt?	
War das Ereignis im Zuge einer Sportausübung? <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, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/wie viele?			
Stand die versicherte Person unter Suchtgift oder Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gesellschaft? Pol.-Nr.?			
Bei Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche (Zahlscheinpolizze mit 4 Paketen): Besteht ein Jugend-/Studentenkonto bei der Raiffeisenbank? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, bitte hier mit Bankstempel und Unterschrift bestätigen	
Wenn ja, seit wann: IBAN: <input type="checkbox"/> Paket 1 <input type="checkbox"/> Paket 2 <input type="checkbox"/> Paket 3 <input type="checkbox"/> Paket 4			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn ein Konto besteht, bitte Zahlscheinabschnitt ab Paket 2 vorlegen, ■ wenn kein Konto besteht, bitte immer Zahlscheinabschnitt vorlegen. 			

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 (Unfall-Schadenanzeige <u>Seiten 4-5</u> ärztlich bestätigt).
Unfallkosten / Notfallpaket?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bitte verwenden Sie das Formular „Einreichung Unfallkosten“
Andere Leistungen (Taggeld, Spitalgeld, Schulausfallgeld)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Unfall Schadenanzeige <u>Seiten 4-5</u> ärztlich bestätigt.
Unfall mit Kraftfahrzeug oder Fluggerät?*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art des Kraftfahrzeuges oder Fluggerätes? *) Wenn ja, vollständige Kopie des Führerscheines/Mopedausweises beilegen.
Unfall infolge Raufhandel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wird ärztlich voraussichtlich eine dauernde Invaliddität bestätigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, unbedingt Unfall-Schadenanzeige <u>Seite 4</u> ärztlich bestätigt.

Leistung überweisen auf

Name des Zahlungsempfängers	IBAN	BIC
-----------------------------	------	-----

Versicherte (unfallbetroffene) Person

Polizzenummer (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

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

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 Datenschutzhinweise, die auf datenschutz.uniqagroup.com zu finden sind. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter datenschutz@raiffeisen-versicherung.at

Ort, Datum

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

Unterschrift versicherte Person, Versicherungsnehmer, (gesetzlicher Vertreter)

Polizzenummer (bitte unbedingt angeben)

DIREKTLEISTUNG ab AUVB 2023

Versicherte (unfallbetroffene) Person

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

Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Datum	Uhrzeit
Wer hat sie geleistet?		
Liegt eine der nachfolgenden Verletzungen vor, kreuzen Sie diese bitte an:	<p>Völliger Verlust (Amputation)</p> <p><input type="checkbox"/> eines Daumens <input type="checkbox"/> eines Zeigefingers <input type="checkbox"/> eines Mittelfingers</p> <p><input type="checkbox"/> eines anderen Fingers <input type="checkbox"/> einer großen Zehe <input type="checkbox"/> einer anderen Zehe</p> <p><input type="checkbox"/> der Milz <input type="checkbox"/> einer Niere</p> <p>Vollständiger Bruch (Fraktur)</p> <p><input type="checkbox"/> eines Ellbogengelenkes <input type="checkbox"/> eines Handgelenkes <input type="checkbox"/> eines Hüftgelenkes</p> <p><input type="checkbox"/> eines Kniegelenkes <input type="checkbox"/> eines Innenknöchels <input type="checkbox"/> eines Außenknöchels</p> <p><input type="checkbox"/> eines Oberarmknochens <input type="checkbox"/> eines Oberschenkelknochens <input type="checkbox"/> eines Schlüsselbeines</p> <p><input type="checkbox"/> eines Halswirbels <input type="checkbox"/> eines Brustwirbels <input type="checkbox"/> eines Lendenwirbels</p> <p>Vollständiger Riss oder vollständige Durchtrennung</p> <p><input type="checkbox"/> eines Kreuzbandes im Knie <input type="checkbox"/> eines Seitenbandes im Knie <input type="checkbox"/> eines Meniskus</p> <p><input type="checkbox"/> einer Achillessehne <input type="checkbox"/> eines Bandes im Fußgelenk</p>	
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)		
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____ <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. _____ 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

<p>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.?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben
<p>Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welcher Form?

Berichtshonorar überweisen auf

Name des Zahlungsempfängers	IBAN	BIC
-----------------------------	------	-----

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes