

Polizzennummer	Raiffeisenbank	BLZ/Fil. /	Berater	Ref.Nr.
----------------	----------------	---------------	---------	---------

Unfall-Schadenanzeige

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

Seite 4 (Vermerk des behandelnden Arztes) kann entfallen, wenn ein Ambulanzblatt oder eine ärztliche Bestätigung mit eindeutiger Diagnose beigelegt wird.

Versicherungsnehmer

Vorname, Familienname, Titel bzw. Firmenname		tagsüber erreichbar unter Tel. oder e-mail:
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?
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, wenn ja welche/wie viele?		
Stand die versicherte Person unter Suchtgift oder Medikamenteneinfluss?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wo? (Versicherungsgesellschaft, Polizzennummer)
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, seit wann: _____ Kontonummer: _____ <input type="checkbox"/> Paket 1 <input type="checkbox"/> Paket 2 <input type="checkbox"/> Paket 3 <input type="checkbox"/> Paket 4 Wenn ein Konto besteht, bitte Zahlscheinabschnitt ab Paket 2 vorlegen, 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"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sofortleistung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unfallkosten / Notfallpaket? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Andere Leistungen (Taggeld, Spitalgeld)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ambulanzblatt od. ärztl. Bestätigung mit eindeutiger Diagnose beilegen Mindestens 5 Tage ununterbrochener unfallbedingter Spitalsaufenthalt (Unfall-Schadenanzeige Seite 3 ärztlich bestätigt) Bitte verwenden Sie das Formular „Einreichung Unfallkosten“ Wenn ja, Unfall Schadenanzeige Seite 3 ärztlich bestätigt
Unfall mit Kraftfahrzeug oder Fluggerät?* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unfall infolge Raufhandel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird ärztlich voraussichtlich eine dauernde Invalidität bestätigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Kraftfahrzeuges oder Fluggerätes? *) Wenn ja, vollständige Kopie des Führerscheines/Mopedausweises beilegen. Wenn ja, unbedingt Unfall-Schadenanzeige Seite 3 ärztlich bestätigt
Leistungen überweisen auf IBAN _____ bei _____ <div style="text-align: right;">Institut (BIC)</div>	

Polizzenummer (bitte unbedingt angeben)

Versicherte (unfallbetroffene) Person

Vorname, Familienname, Titel		Geburtsdatum	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Unfall am:			

Nach einem Versicherungsfall darf UNIQA, meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzelzustimmung)

Ich 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 informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um 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 Abnützerserscheinungen, 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 Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle

Ich stimme zu,

- dass UNIQA, zur Beurteilung der Leistungspflicht Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) im erforderlichen Ausmaß einholt

- dass UNIQA, Gerichts- und Polizeiakte einsieht und bei diesen Stellen Auskünfte einholt
- die in diesem Punkt genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung zu entbinden

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, der Übersicht allfälliger Datenempfänger, zu Ihren Rechten und Speicherfristen) erhalte ich unter www.raiffeisen-versicherung.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 widerrufen habe oder der Auskunftserhebung nicht zugestimmt habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. 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

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 oder bezugsberechtigte Person entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

Durch meine Unterschrift bestätige ich auch, dass ich die angeführten Fragen auf der Seite 1 der Unfall-Schadenanzeige wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen und bereits erbrachte Leistungen vom Versicherer wieder zurückgefordert werden können. Die Auszahlung der Knochenbruchpauschale stellt noch keine rechtliche Anerkennung weiterer Leistungen dar!

Ort, Datum

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

Unterschrift Versicherte(r), Versicherungsnehmer,
(gesetzlicher Vertreter)

Polizzenummer (bitte unbedingt angeben)

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?	
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)	
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____
War der/die Verletzte im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Krankenhaus?
Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?	
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, 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	Wenn ja, in welcher Form?

Berichtshonorar überweisen auf IBAN _____ bei _____ Institut (BIC)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes