

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):

Arbeits- unfähigkeit	<input type="checkbox"/> völlige (100%)ge Arbeitsunfähigkeit	→	<input type="text"/> von	<input type="text"/> bis einschließlich
	<input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit	→	<input type="text"/> von	<input type="text"/> bis einschließlich
War der/die Verletzte im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="text"/> Krankenhaus	
	<input type="checkbox"/> nein			
Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?	<input type="text"/>			
Hat der Unfall bleibende Invaliddität zur Folge?	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="text"/> Welche?	
	<input type="checkbox"/> möglicherweise	→		
	<input type="checkbox"/> 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"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Unterschrift des/der Verletzten	<input type="text"/> Unterschrift: VersicherungsnehmerIn
------------------------------------	---	---

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Angaben über die Heilbehandlung

Stand der/die Verletzte seit dem Unfall regelmäßig bei Ihnen in Behandlung?

ja nein

Bei welchen Ärzten, in welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. stand der/die Verletzte außerdem noch in Behandlung?

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.?

ja nein



Bitte nähere Angaben:

Stehen Heilmaßnahmen noch bevor? (z.B. Rehabilitation, Entfernung von Nägeln, Platten usw.)

ja nein



Welche?

Wäre durch eine besondere Heilbehandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des/der Verletzten zu erreichen?

ja nein



Welche?

Wurde die Behandlung endgültig abgeschlossen?

ja nein



Wann?

Hat sich der/die Verletzte den ärztlichen Anordnungen unterworfen und so zu einem bestmöglichen Heilungsverlauf beigetragen?

ja nein



Bitte nähere Angaben:

Berichtshonorar überweisen auf

IBAN des Zahlungsempfängers

BIC

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes