

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

Polizzennummer/ Schadennummer	2620 004 312 8		Schadennummer (wenn bekannt)
Versicherungsnehmer	ELTERNVEREIN BRG 17		
	Familienname, Vorname, Titel	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.	
	1170	Wien, Parhamerplatz 18	
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
Versicherte (unfallbetroffene) Person	Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)		
	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		
	Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.)		

Allgemeine Angaben

Zeitpunkt des Unfalls	Datum	Uhrzeit
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)		
Beschreibung des Ereignisablaufes		
Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen: Hat der/ die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	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 Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wie viele?
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholo- atische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wie viele?
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.)

X Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist die versicherte Person über einen Verein versichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welcher Verein? Welche Versicherung?
Ist die versicherte Person Mitglied/Förderer bei Organisationen mit Versicherungsschutz? (z.B. Naturfreunde, Österreichischer Alpenverein etc.)	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Mitgliedsnummer)
Ist die versicherte Person in Besitz des Freizeittickets?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Mitgliedsnummer)
Ist die versicherte Person in Besitz von Kreditkarten mit Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? (Kartennummer) Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife)

Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeuglenker	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
	Führerscheinnummer	Fahrzeuggruppe

Ermächtigung und Bankverbindung

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 Abnützungsscheinungen, 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 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.

Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen 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 kann.

Wien

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Unterschrift Versicherungsnehmer