

Angaben zum Schadenereignis

a) durch einen Personenschaden

■ Krankheit

Art der Erkrankung

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

■ Unfall

Ort des Unfalles

Beschreibung des Ereignisablaufes

Behördliche Aufnahme?

nein ja, durch

Aktenzahl

Liegt Fremdverschulden vor?

nein ja, durch

Name

Anschrift

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/Polizzenummer

Wann und durch wen haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt?

nein

ja



ambulant

stationär

Krankenhaus

von/bis

b) durch einen Sachschaden

■ Elementarereignis (Feuer, Sturm, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl etc.)

Wann und in welcher Art ist das Ereignis eingetreten?

Zuständiger Versicherer der Gebäudeversicherung/Anstalt/Polizzenummer

Schadenbesichtigung durch (Name des Sachverständigen/Telefonnummer)

Ermächtigung und Bankverbindung

Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall

Ich erkläre hiermit der UNIQA Österreich Versicherungen 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 Abnutzungserscheinungen, 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 ermächtigte ich die UNIQA Österreich Versicherungen 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Leistung überweisen auf (Bank-Name)

BIC

IBAN

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.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

Bestätigung des behandelnden Arztes

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---|--|--|------------------------------|------------------------|----------------------|---|--|--|-----------------------------|---|--|--|----------------------|--|
| Diagnose | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 50%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Datum der ersten Behandlung</td> <td>Symptome</td> </tr> </table> <p>Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit der jetzigen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/></p> <p>Krankheit in Zusammenhang stehen könnten (bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)? Wann und welcher Art?</p> <p>Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet? <input type="text"/></p> <p>Andere wichtige ärztliche Mitteilungen <input type="text"/></p> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Datum der ersten Behandlung | Symptome | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum der ersten Behandlung | Symptome | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeitsunfähigkeit | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit</td> <td style="width: 33%;">von/bis einschließlich</td> <td style="width: 33%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann.</td> </tr> <tr> <td>teilweise Arbeitsunfähigkeit</td> <td>von/bis einschließlich</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten.</td> </tr> <tr> <td>Ist die Behandlung beendet?</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table> | völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit | von/bis einschließlich | <input type="text"/> | Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann. | | | teilweise Arbeitsunfähigkeit | von/bis einschließlich | <input type="text"/> | Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten. | | | Ist die Behandlung beendet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer? | <input type="text"/> | |
| völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit | von/bis einschließlich | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| teilweise Arbeitsunfähigkeit | von/bis einschließlich | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ist die Behandlung beendet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer? | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name)

BIC

IBAN

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes