



## Unfallversicherung | Unfallmeldung

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

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Polizzenummer (unbedingt angeben) | Schadennummer (wenn bekannt) |
|-----------------------------------|------------------------------|

### Versicherungsnehmer

|   |        |         |
|---|--------|---------|
| Anrede, Familienname, Vorname, Titel    |        |         |
| Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür  | PLZ    | Wohnort |
| Tagsüber erreichbar unter Telefonnummer | E-Mail |         |

### Versicherte (unfallbetroffene) Person

|  |        |              |
|--|--------|--------------|
| Anrede, Familienname, Vorname, Titel   |        | Geburtsdatum |
| Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür   | PLZ    | Wohnort      |
| Tagsüber erreichbar unter Telefonnummer  | E-Mail |              |
| Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)   |        |              |
| Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.) |        |              |

### Allgemeine Angaben

|   |  |                      |                                |
|---|--|----------------------|--------------------------------|
| Zeitpunkt des Unfalls   | Datum  | Uhrzeit              |                                |
| Ort des Unfalls<br>(bitte genaue Angaben)   | Bundesland   | PLZ                  | Ort                            |
|   | Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür                       |                      |                                |
| Beschreibung des Ereignisablaufes   |  |                      |                                |
| Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen:<br>Hat der/die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm getragen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |                      |                                |
| War das Ereignis ein Arbeitsunfall<br>(auch Wegunfall)?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |                      |                                |
| Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert?  | <input type="checkbox"/> ja<br><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<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? Wie viele?   |
| Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?                      | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? Wie viele?   |
| Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.)                 |
| Ist die versicherte Person über einen Verein versichert?   | <input type="checkbox"/> ja<br><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<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Mitgliedsnummer)  |
| Ist die versicherte Person in Besitz des Freizeittickets?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Mitgliedsnummer)  |
| Ist die versicherte Person in Besitz von Kreditkarten mit Versicherungsschutz?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? (Kartenummer)  |
|  |  | Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife)             |
| Hat die verletzte Person ein Kfz gelenkt?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Bitte Kopie der Vor- und Rückseite der Lenkberechtigung beilegen |

(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 Abnützungsercheinungen, 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 Amtverschwiegenheit 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.uniqa.com](https://www.datenschutz.uniqa.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 auszusahlen. 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 (zB 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

## Datenschutzhinweise

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 wir im Detail auf [datenschutz.uniqagroup.com](http://datenschutz.uniqagroup.com). Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter [datenschutz@uniqa.at](mailto:datenschutz@uniqa.at)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der verletzten Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

## Leistung überweisen auf

|   |     |
|---|-----|
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) |     |
| IBAN  | BIC |

## Vermerk des behandelnden Arztes

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Polizzenummer (unbedingt angeben) | Schadensnummer (wenn bekannt) |
|-----------------------------------|-------------------------------|

|   |  |  |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---|---|---|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|---|--|--|--|
| 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><b>völliger Verlust (Amputation)</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Daumens</td> <td><input type="checkbox"/> eines Zeigefingers</td> <td><input type="checkbox"/> eines Mittelfingers</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines anderen Fingers</td> <td><input type="checkbox"/> einer großen Zehe</td> <td><input type="checkbox"/> einer anderen Zehe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> der Milz</td> <td><input type="checkbox"/> einer Niere</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Bruch (Fraktur)</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Ellbogengelenkes</td> <td><input type="checkbox"/> eines Handgelenkes</td> <td><input type="checkbox"/> eines Hüftgelenkes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Kniegelenkes</td> <td><input type="checkbox"/> eines Innenknöchels</td> <td><input type="checkbox"/> eines Außenknöchels</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Oberarmknochens</td> <td><input type="checkbox"/> eines Oberschenkelknochens</td> <td><input type="checkbox"/> eines Schlüsselbeines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Halswirbels</td> <td><input type="checkbox"/> eines Brustwirbels</td> <td><input type="checkbox"/> eines Lendenwirbels</td> </tr> </table> <p><b>Riss oder Durchtrennung (Ruptur)</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines Kreuzbandes im Knie</td> <td><input type="checkbox"/> eines Seitenbandes im Knie</td> <td><input type="checkbox"/> eines Meniskus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Achillessehne</td> <td><input type="checkbox"/> eines Bandes im Fußgelenk</td> <td></td> </tr> </table> |  | <input type="checkbox"/> eines Daumens | <input type="checkbox"/> eines Zeigefingers | <input type="checkbox"/> eines Mittelfingers | <input type="checkbox"/> eines anderen Fingers | <input type="checkbox"/> einer großen Zehe | <input type="checkbox"/> einer anderen Zehe | <input type="checkbox"/> der Milz | <input type="checkbox"/> einer Niere |  | <input type="checkbox"/> eines Ellbogengelenkes | <input type="checkbox"/> eines Handgelenkes | <input type="checkbox"/> eines Hüftgelenkes | <input type="checkbox"/> eines Kniegelenkes | <input type="checkbox"/> eines Innenknöchels | <input type="checkbox"/> eines Außenknöchels | <input type="checkbox"/> eines Oberarmknochens | <input type="checkbox"/> eines Oberschenkelknochens | <input type="checkbox"/> eines Schlüsselbeines | <input type="checkbox"/> eines Halswirbels | <input type="checkbox"/> eines Brustwirbels | <input type="checkbox"/> eines Lendenwirbels | <input type="checkbox"/> eines Kreuzbandes im Knie | <input type="checkbox"/> eines Seitenbandes im Knie | <input type="checkbox"/> eines Meniskus | <input type="checkbox"/> einer Achillessehne | <input type="checkbox"/> eines Bandes im Fußgelenk |  |
| <input type="checkbox"/> eines Daumens  | <input type="checkbox"/> eines Zeigefingers  | <input type="checkbox"/> eines Mittelfingers   |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines anderen Fingers                                  | <input type="checkbox"/> einer großen Zehe   | <input type="checkbox"/> einer anderen Zehe    |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> der Milz   | <input type="checkbox"/> einer Niere   |  |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines Ellbogengelenkes                                 | <input type="checkbox"/> eines Handgelenkes  | <input type="checkbox"/> eines Hüftgelenkes    |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines Kniegelenkes                                     | <input type="checkbox"/> eines Innenknöchels   | <input type="checkbox"/> eines Außenknöchels   |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines Oberarmknochens                                  | <input type="checkbox"/> eines Oberschenkelknochens  | <input type="checkbox"/> eines Schlüsselbeines |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines Halswirbels                                      | <input type="checkbox"/> eines Brustwirbels  | <input type="checkbox"/> eines Lendenwirbels   |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> eines Kreuzbandes im Knie                              | <input type="checkbox"/> eines Seitenbandes im Knie  | <input type="checkbox"/> eines Meniskus        |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> einer Achillessehne                                    | <input type="checkbox"/> eines Bandes im Fußgelenk   |  |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose) |  |  |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| Arbeitsunfähigkeit:   | <input type="checkbox"/> völlige (100 % ige) Arbeitsunfähigkeit  | von  | bis einschließlich                     |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit  | von  | bis einschließlich                     |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| War der/die Verletzte im Krankenhaus?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   | Krankenhaus                                    |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?              |  | von  | bis einschließlich                     |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
|   |  | von  | bis einschließlich                     |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |
| Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?                                 | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   | Welche dauernden Funktionsstörungen?           |  |   |  |  |  |   |                                   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |   |  |  |  |



### Gesundheitliche Beeinträchtigung (vor dem Unfall)

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

### Berichtshonorar überweisen auf

|   |     |
|---|-----|
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) |     |
| IBAN  | BIC |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Fassung: 4.2023