

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

Polizzen-Nr.

Unfall-Schadenanzeige

VERS. NEHMER Firma, Zuname, Vorname, Titel, Straße/Ort, Haus-Nr., PLZ, Postort, E-Mail, Telefon, Mobiltelefon

Entschädigungsempfänger, VN, verunfallte Person, IBAN, BIC

Bei mehreren verunfallten Personen bitte für jede dieser Personen eine eigene Schadenanzeige ausfüllen!

PERSON Zuname, Vorname, Titel, Geschlecht, Geb. Datum, Beruf, derzeitige Tätigkeit, Straße/Ort, Haus-Nr., PLZ, Postort, Telefon, Mobiltelefon, Familienstand

VERUNFALLETE Sozialversichert bei, Gesetzlich unfallversichert, Auch bei anderen Gesellschaften privatunfallversichert?

Führerscheindaten (falls beim Lenken eines Kfz verunfallt), Führerschein-Nr., Gruppe(n), ausgestellt am, ausgestellt von, Führerschein eingesehen

UNFALLDATEN Verhältnis zum VN, Vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt, Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten?

UNFALLDATEN Unfallzeitpunkt, Unfallort, Aufnahme durch Polizei, Hat die verunfallte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkohol. Getränke konsumiert?

UNFALLDATEN Bei Kfz-Unfall: verunfallte Person war, Insasse im Kfz des VN, Insasse im gegner. Kfz, angegurtet, nicht angegurtet

ALLGEMEINE Schilderung des Ereignisablaufes in Kurzform, Art der Verletzung/Diagnosen, Ärztl. Bestätigungen liegen bei, Ärztl. Bestätigungen werden nachgereicht

Name, Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses, Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?

Krankenhausaufenthalt, Krankenhausstand, vom bis einschl., (Bestätigung beilegen)

aufgenommen am, aufgenommen von, Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich damit einverstanden, dass Informationen über Korrespondenz und Abrechnungen an meinen Vermittler erfolgen dürfen.

Unfall vom, Schaden-Nr., Ich bin berechtigt, diese Zustimmung jederzeit zu widerrufen.

Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich damit einverstanden, dass die Oberösterreichische Versicherung AG alle zur Beurteilung und Erfüllung der Ansprüche aus dem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger, Versicherungsunternehmen, sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Behörden, Gerichten) einholt.

Herrn (Frau) in sämtliche Akten, insbesondere in Straf- und Verwaltungsverfahren bei Gerichten und Behörden, Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers/Verletzten (bzw. des gesetzl. Vertreters) für Schadenanzeige und Vollmacht

**Polizzen- od. Schadenummer:** ..... **Name:** .....

**Schaden vom:** ..... **Adresse:** .....

**Zustimmungserklärung zur Einsicht, Verwendung, Ermittlung und Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten**

Ich, ....., geboren am ....., stimme zu, dass die OÖ Versicherung AG personenbezogene Gesundheitsdaten von den behandelnden Ärzten und Gesundheitsdienstleistern einholt. Dabei geht es nur um jene Daten, die notwendig sind, damit meine Ansprüche korrekt beurteilt und erfüllt werden können:

- Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung
- Unfallgründe
- erbrachte Behandlungsleistungen
- Aufenthalts- und Behandlungsdauer
- Behandlungsentlassung oder -beendigung

**Das können konkret sein:**

- Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen
- Vorgeschichte der Krankheit
- aktuelle Behandlung: Aufnahme und Statusblatt
- Fieberkurve mit Infusionsplan
- diagnostische und gerichtsmedizinische Befunde
- OP-Berichte, ärztliche und pflegerische Verlaufsberichte sowie Entlassungsberichte
- Anästhesie-Protokolle
- Einsatz- und Behördenprotokolle

Im Einzelfall reichen möglicherweise auch weniger Unterlagen zur Prüfung.

Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Versicherungsunternehmen zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt. Bei einer bestehenden Doppelversicherung umfasst diese Einwilligung auch die Einsicht in und die Übermittlung von Gutachten, die ein privates Versicherungsunternehmen zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem dort bestehenden Versicherungsvertrag eingeholt hat.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte und Gesundheitsdienstleister von den ärztlichen und anderen beruflichen Schweigepflichten – soweit sie diese Zustimmungserklärung betreffen.

**Hier wurde ich medizinisch versorgt:**

Name: ..... Name: .....

Adresse: ..... Adresse: .....

Behandlungszeitraum: ..... Behandlungszeitraum: .....

**Bitte beachten Sie:**

- Sie können Ihre Zustimmung jederzeit unter den oben angeführten Kontaktdaten widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs müssen Sie aber selbst sämtliche oben genannten Daten/Unterlagen an uns senden.
- Wir behalten uns das Recht vor, weitere Unterlagen einzuholen und können Ihre Ansprüche erst prüfen, wenn uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
(Bei Minderjährigen ist **zusätzlich** die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)