

Privathaftpflichtversicherung und Unfallversicherung im Rahmen der ÖAMTC-Mitgliedschaft

Polizzenummer/ Schadennummer	Polizzenummer UV	Polizzenummer SV
	Minderjährige Kinder	2610/002 573-8
	ÖAMTC-Mitglieder	2610/002 576-1
	ÖAMTC-Mitglieder der Kategorie „Touring“	2610/002 574-6
<p>Unfall</p> <p>Haftpflichtschaden</p> <p style="text-align: right;">Schadennummer (wenn bekannt)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin-left: auto;"></div>	
<p>Versicherte Person</p> <p>Familiennamen, Vorname, Titel</p> <p>Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</p> <p>Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 35%; text-align: right;">Geburtsdatum Jahr, Monat, Tag</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 65%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30%; text-align: right;">Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</div>	
<p>Allgemeine Angaben</p> <p>Zeitpunkt des Unfalls/Schadeneignisses</p> <p>Ort des Unfalls/Schadeneignisses (bitte genaue Angaben)</p> <p>Beschreibung des Ereignisablaufes/Schadenherganges:</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 45%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 45%; text-align: right;">Datum</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 65%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: right;">Uhrzeit</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	
<p>Unfall</p> <p>Worin besteht die Verletzung?</p> <p>Wann und durch wen erfolgte die ärztliche Hilfe?</p> <p>Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses</p> <p>Von welcher Polizeibehörde oder Bergrettung wurde das Ereignis festgehalten?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 70%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: right;">Uhrzeit</div> <div style="border: 1px solid black; width: 70%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: right;">bitte Aktenzahl (wenn möglich)</div>	
<p>Bestehen noch andere Unfallversicherungen?</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60%; margin-left: 20px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Wo? (Versicherungsgesellschaft, Polizzenummer)</p>	

Schadenmeldung – Privathaftpflichtversicherung und Unfallversicherung im Rahmen der ÖAMTC-Mitgliedschaft 02.2022

Vermerk des behandelnden Arztes	Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? <input type="text" value="Datum, Uhrzeit"/>
Wer hat sie geleistet?	<input type="text"/>
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)	<input type="text"/>

Berichtshonorar überweisen auf

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN des Zahlungsempfängers	BIC
<input type="text"/>	
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

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 Abnützungserscheinungen, 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 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.

Leistung überweisen auf

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des/der Verletzten	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Privathaftpflicht	
Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten bzw. geschädigten Person	
Art der Verletzung (bei Personenschäden)	
Beschädigte Sachen, Tiere (bei Sachschaden)	
War die beschädigte Sache übernommen zur:	<input type="checkbox"/> Bearbeitung <input type="checkbox"/> Reparatur <input type="checkbox"/> mietweisen Benützung <input type="checkbox"/> Beförderung <input type="checkbox"/> Verwahrung <input type="checkbox"/> einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit?

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Verursacher verwandt, verschwägert oder besteht eine Hausgemeinschaft?

ja nein wie

Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden?

ja nein In welcher Höhe?

Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert?

ja nein Bei
 Pol.-Nr.

Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft)

ja nein Bei

Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?
 Ist ein behördliches Verfahren anhängig? ja nein gegen wen?
 Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)

Zeugen des Schadenereignisses?
 Name, Anschrift, Tel.-Nr.

Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?
 an Versicherungsnehmer (wie oben) Reparatur-Firma (lt. Rechnung) an Geschädigten
 oder an
 Name, Anschrift

über per Postanweisung
 IBAN des Zahlungsempfängers bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) BIC

Ich (wir) ermächtige(n) Herrn/Frau im Auftrage des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen.

Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe(n).

Ort, Datum Unterschrift: Versicherungsnehmer(in)