

Fahrrad Unfall- und Haftpflicht-Versicherung im Rahmen der ÖAMTC-Mitgliedschaft

Polizzenummer/ Schadennummer	Polizzenummer Unfall 2610/002379-0	Polizzenummer Haftpflicht 2230/003198-0
Das fertig ausgefüllte Formular bitte per E-Mail an oeamtc@uniqa.at oder per Post an die oben angegebene Postadresse senden.		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Unfall</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Haftpflichtschaden</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin-left: 100px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: right;">Schadennummer (wenn bekannt)</p> </div>		
Versicherte Person	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 35%; height: 20px;"></div> </div> <p>Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum Jahr, Monat, Tag</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 70%; height: 20px;"></div> </div> <p>Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 20px;"></div> <p>Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls) Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</p> </div>	
Allgemeine Angaben	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Zeitpunkt des Unfalls/Schadenereignisses <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Datum Uhrzeit</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> <p>Ort des Unfalls/Schadenereignisses (bitte genaue Angaben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div> <p>Beschreibung des Ereignisablaufes/Schadenherganges:</p> </div>	
Unfall	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Worin besteht die Verletzung?</p> <p>Wann und durch wen erfolgte die ärztliche Hilfe?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 70%; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></div> </div> <p>Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses Uhrzeit</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 70%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></div> </div> <p>Von welcher Polizeibehörde oder Bergrettung wurde das Ereignis festgehalten? bitte Aktenzahl (wenn möglich)</p> </div>	
Bestehen noch andere Unfallversicherungen?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <div style="border: 1px solid black; width: 50%; height: 20px; margin-left: 20px;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Wo? (Versicherungsgesellschaft, Polizzenummer)</p> </div>	

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"/>	
Privathaftpflicht	<input type="text"/>	
Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten bzw. geschädigten Person	<input type="text"/>	
Art der Verletzung (bei Personenschaden)	<input type="text"/>	
Beschädigte Sachen, Tiere (bei Sachschaden)	<input type="text"/>	
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?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wie	<input type="text"/>
Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher Höhe?	<input type="text"/>
Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei	<input type="text"/>
	Pol.-Nr.	<input type="text"/>
Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft)		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei	<input type="text"/>
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ist ein behördliches Verfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)	
Zeugen des Schadeneignisses?	<input type="text"/>	
	Name, Anschrift, Tel.-Nr.	
An wen soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) <input type="checkbox"/> Geschädigten oder <input type="checkbox"/> Name, Anschrift <input type="text"/>	
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	über <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers bei (genaue Bezeichnung der Bank) BIC per <input type="checkbox"/> Postanweisung	

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

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 Abnützungerscheinungen, 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 Befunde, 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 Amtsverschwiegenheit 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.uniqagroup.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 auszuzahlen. 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

Auskunftsvollmacht

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

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 habenden 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

Datenschutz

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 im Detail die diesem Dokument beigelegten Datenschutzhinweise, die auch auf www.uniqa.at zu finden sind. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter datenschutz@uniqa.at

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verletzten Person

Unterschrift Versicherungsnehmer

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Leistung überweisen auf

Bankverbindung

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Berichtshonorar überweisen auf

Bankverbindung

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes