

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. +43 5 78 91-0, Fax +43 5 78 91-917799
E-Mail: schadenservice@ooev.at
Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft. Firmensitz: Linz.
Firmenbuch: FN 36941a, LG Linz.
Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht,
1030 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, Tel. 01.24959-0.

Polizzen-Nr.

Unfall-Schadenanzeige

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

VERUNFALLTE
Sozialversichert bei
Gesetzlich unfallversichert
Auch bei anderen Gesellschaften privatunfallversichert?
Pol. Nr.

VERUNFALLTE
Führerscheindaten (falls beim Lenken eines Kfz verunfallt)
Führerschein-Nr.:
Gruppe(n)
ausgestellt am
ausgestellt von
Führerschein eingesehen
Verhältnis zum VN
Vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt
Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten?

UNFALLDATEN
Unfallzeitpunkt
Unfallort
Aufnahme durch Polizei
Geschah der Unfall bei der Berufsausübung oder auf dem Weg zum bzw. auf dem Heimweg vom Arbeitsplatz?
Geschah der Unfall im Rahmen eines Wettbewerbes bzw. Trainings?
Bei Kfz-Unfall: verunfallte Person war
Wurde der Unfall fremdverschuldet? (wenn ja, bitte um Angabe der Daten des Ersatzpflichtigen)

ALLGEMEINE
Schilderung des Ereignisablaufes in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)
Art der Verletzung/Diagnosen
Arztl. Bestätigungen liegen bei
Arztl. Bestätigungen werden nachgereicht

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

Krankenhausaufenthalt
Krankenstand
vom bis einschl. (Bestätigung beilegen)
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.
Ich bin berechtigt, diese Zustimmung jederzeit zu widerrufen.

Unfall vom
Schaden-Nr.

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. Gleichzeitig entbinde(n) ich (wir) die Befragten im Voraus von der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht und ermächtige(n)

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)