

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. 057891-0, Fax 057891-91-7799
email: schadenservice@oeev.at
Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft. Firmensitz: Linz.
Firmenbuch: FN 36941a, LG Linz. DVR: 0029629.
Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht,
1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, Tel. 01.24959-0.

Polizzen-Nr.

Unfall-Schadenanzeige

VERS. NEHMER Firma, Zuname, Vorname, Titel
Straße/Ort, Haus-Nr. PLZ, Postort
email 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 männl. weibl. Geb. Datum Beruf, derzeitige Tätigkeit
Straße/Ort, Haus-Nr. PLZ, Postort Telefon, Mobiltelefon Familienstand

VERUNFALLTE Sozialversichert bei Gesetlich unfallversichert Auch bei anderen Gesellschaften privatunfallversichert?
nein ja, bei Pol. Nr.

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

VERHÄLTNIS ZUM VN Verhältnis zum VN Vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten?
Dienstverhältnis EhepartnerIn Kind ja nein ja welche

UNFALLDATEN Unfallzeitpunkt Unfallort Aufnahme durch Polizei
am um Uhr nein ja, Dienststelle

ALLEN FÄLLEN Geschah der Unfall bei der Berufsausübung oder auf dem Weg zum bzw. auf dem Heimweg vom Arbeitsplatz: ja nein
Geschah der Unfall im Rahmen eines Wettbewerbes bzw. Trainings: ja nein

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

UNFALLDATEN Wurde der Unfall fremdverschuldet? (wenn ja, bitte um Angabe der Daten des Ersatzpflichtigen)
nein ja

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

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

Krankenhausaufenthalt Krankenhausstand
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. ja nein

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. 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.

Oberösterreichische Versicherung AG
Gruberstraße 32
4020 Linz

Name.....
Adresse.....
.....

Polizzen- od. Schadennummer:.....
Schadenfall vom

Zustimmungserklärung zur Ermittlung personenbezogener Gesundheitsdaten aus einem konkreten Versicherungsfall

Ich,....., geboren am, stimme zu, dass die Oberösterreichische Versicherung AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem oben genannten Versicherungsfall die nachstehenden personenbezogenen Gesundheitsdaten von behandelnden Ärzten bzw. Gesundheitsdienstleistern ermitteln darf:

- Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung,
- Daten zu allfälligen Unfallgründen,
- Daten zur erbrachten Behandlungsleistung,
- Daten über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer,
- Daten zur Behandlungsentlassung oder -beendigung.

Die aufgelisteten Daten umfassen die zur Leistungsfallprüfung unerlässlichen Auskünfte Ihres behandelnden Arztes bzw. Gesundheitsdienstleisters über mit dem konkreten Schadenfall im Zusammenhang stehende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen wie auch Daten zur Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und zum Statusblatt, zur Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Anästhesieprotokolle, Verlaufsberichte der pflegerischen Maßnahmen oder Entlassungsberichte sowie gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz- und Behördenprotokolle, wobei im Einzelfall auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte bzw. Gesundheitsdienstleister im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von den ärztlichen und von sonstigen beruflichen Schweigepflichten.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass dem Versicherer sämtliche oben angeführte Daten von Ihnen selbst zu übermitteln wären. Der Versicherer behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen kann der Versicherer keine Leistungsfallprüfung vornehmen und werden allfällige Leistungsansprüche nicht fällig.

Die medizinische Versorgung erfolgte (bitte Namen und Adresse angeben):

in/bei Behandlungszeitraum

in/bei Behandlungszeitraum

in/bei Behandlungszeitraum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bei minderjährigen Patienten ist zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.