

An die

**Wüstenrot Versicherungs-AG**

Alpenstraße 61

5020 Salzburg

## Unfallmeldung

 Zutreffendes bitte ankreuzen

<b>Vertrag-Nr.:</b>	
<b>Name des Verletzten:</b> Titel, Vorname, Familienname	
<b>Adresse:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Beruf:</b> (derzeitige Tätigkeiten)
<b>Tel-Nr.:</b>	<b>E-Mail-Adresse:</b>

Unfalldatum: _____	An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?		
Uhrzeit: _____			
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall:	<input type="checkbox"/> als Lenker, Führerschein Nr.: _____	Gruppe: _____	Ausstellende Behörde: _____
	<input type="checkbox"/> als Beifahrer	Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Ereignete sich der Unfall im Rahmen des versicherten Sportpaketes?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Von welcher? _____

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

Durch wen wurde erstmals ärztliche Hilfe geleistet? _____	Wann? _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____	
Ambulante Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____
Stationäre Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____

Unfallbedingter Krankenstand: _____	von _____ bis _____
Arbeitsunfähigkeit (infolge unfallbedingten Krankenstandes): _____	von _____ bis _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? _____
Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Von welcher? _____
Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen, Reiseversicherungen oder Kreditkarten mit Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Art: _____ Anstalt: _____

<input type="checkbox"/> <b>Überweisung der Versicherungsleistung auf Girokonto lautend auf</b> _____
_____ IBAN _____ BIC _____ Geburtsdatum _____

**Bitte in Kopie beilegen (wenn vorhanden): medizinische Behandlungsunterlagen (z.B.: Ambulanzkarte, Arztbrief, Entlassungsbefunde, Krankenhausaufenthaltsbestätigung, etc.)**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben zum Versicherungsfall.**

Datum

Berater

Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

An die  
**Wüstenrot Versicherungs-AG**  
Alpenstraße 61  
5020 Salzburg

<b>Vertrag Nr.:</b>
<b>Name des Verletzten:</b> Titel, Vorname, Familienname
<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Unfalldatum:</b>

**Bitte beachten Sie, dass wir aus Gründen des Datenschutzes nachstehende Erklärungen benötigen!**

**Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Wüstenrot Versicherungs-AG**

zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen

- personenbezogene Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer oder Behandlung einholen darf (Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen). Davon umfasst sind insbesondere Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Labor- und Blutbefunde inkl. Blutalkohol.
- Einsicht in alle den Versicherungsfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) nehmen darf.

Im Falle einer Einholung dieser Informationen werde ich durch die Wüstenrot Versicherungs-AG 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung, über deren Zweck und über deren konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann ich binnen einer 14-tägigen Frist widersprechen.

Allerdings besteht für mich die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Dieses muss ich der Wüstenrot Versicherungs-AG in geschriebener Form mitteilen. Ich nehme dabei zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann.

**Im Falle meines Widerspruchs oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall bin ich verpflichtet, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG benötigten Unterlagen in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen werden Leistungsansprüche nicht fällig.**

- Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen einholen kann.

**Ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.**

**Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können von mir gem. den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) jederzeit teilweise oder zur Gänze widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anspruchstellers