

Schadensnummer

UNFALLSMELDUNG Wir ersuchen Sie, die Fragen vollständig zu beantworten!

erstattet durch (Name, Anschrift)	Telefonnummer
-----------------------------------	---------------

DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefonnummer		
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	E-Mail-Adresse

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?	welche Kasse?
		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?				
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls				
Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!				
Name und Anschrift des behandelnden Arztes				

ANGABEN ÜBER ANDERE bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen

Bestehen oder bestanden Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vertragsart	Name der Gesellschaft
Polizzenummer	
Sind Sie Mitglied in einem Sport- oder Alpenverein oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche	

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen		Anzeige wurde erstattet	
<input type="checkbox"/> ja	Adresse der Dienststelle, Postleitzahl	<input type="checkbox"/> ja	Name des Beschuldigten
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
Daten des Fahrzeuges	Marke	Kennzeichen	Fahrgestellnummer
<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Motorrad		
<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> Moped		
Anzahl der Personen – einschließlich des Lenkers – im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls	Waren Personen angegurtert? Namen der angegurterten Personen		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

<input type="checkbox"/> an Bank oder Sparkasse	Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber
<input type="checkbox"/> an die Adresse	
ACHTUNG! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.	

Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers
------------	---

55ME201/S (09.01)

bitte wenden!

DVR: 0016705

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. erkläre ich mich einverstanden, dass der Wiener Städtische Vienna Insurance Group die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) sowie Laboruntersuchungen (Blutbefunde) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten
Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?

ja nein

Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?

ja nein

welche?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja nein

welche?

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses

Art der Behandlung

von

bis

ambulant

stationär

BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen?

ja nein

Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet?

ja nein

Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?

Ist der Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner Beschäftigung behindert?

vollkommen wie lange?

teilweise wie lange?

(z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum

Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Einwilligungserklärung
für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Leistungsfall
an die GrECo International AG, FN 249231 t,
Vermittlerregister-Nummer: 24158374
Elmargasse 2-4, 1190 Wien

I. Allgemeine Information

„Personenbezogene Daten“ sind alle Informationen die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (betroffene Personen) beziehen. Es kann sich dabei um private, berufliche, wirtschaftliche Informationen, Eigenschaften, Kenntnisse oder physiologische Merkmale handeln. Personenbezogene Daten sind daher insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Polizzenummer oder aber auch Gesundheitsdaten.

Nachdem Gesundheitsdaten sensible Daten im Sinne von Art 9 DSGVO sind, ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (z.B. Daten aus Ihrer Krankengeschichte) grundsätzlich unzulässig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die „betroffene Person“ in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten, wie unter Punkt II, einwilligt.

Die Verarbeitung und Erfassung meiner Gesundheitsdaten ist für den Zweck der Leistungsabwicklung notwendig.

Eine von mir dazu erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

II. Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten, wie etwa Krankengeschichte, Verletzungen etc. zum Zwecke der Leistungsabwicklung erfasst und verarbeitet werden.

III. Übermittlung personenbezogener Daten

Zum Zwecke der Leistungsabwicklung werden die Daten soweit zutreffend und notwendig an folgende Empfänger weitergegeben: GrECo International Holding AG als zentraler IT Dienstleister der GrECo Gruppe, Versicherer und allenfalls beauftragte Co-Broker, Sozialversicherungsanstalten, Ärzte, Rechtsanwälte und Sachverständige.

IV. Widerruf

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ich nehme aber auch zur Kenntnis, dass im Falle des Widerrufs eine Leistungserbringung durch den Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten zur Gänze unmöglich oder nur mehr eingeschränkt möglich sein kann.

Weitere Informationen zum Datenschutz stehen in der Datenschutzerklärung auf der Webseite unter https://www.greco-jlt.com/at/GIAT_data_protection_declaration.pdf zur Verfügung.

_____, am _____
(Ort) (Datum)

Name und Unterschrift der betroffenen Person