

An die  
**Wüstenrot Versicherungs-AG**  
Alpenstraße 61, Postfach 155  
5033 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)

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall? \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Verkehrsunfall:  als Lenker, Führerschein Nr.: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_  
 als Beifahrer Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor?  J  N

Arbeitsunfall:  Freizeitunfall

Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?  J  N

Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?  J  N

Ereignete sich der Unfall im Rahmen des versicherten Sportpaketes?  J  N

Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)?  J  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 \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? \_\_\_\_\_

Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt?  J  N Von welcher? \_\_\_\_\_

Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen, Reiseversicherungen oder Kreditkarten mit Versicherungsschutz?  J  N

Art: \_\_\_\_\_ Anstalt: \_\_\_\_\_

Sind Sie tagsüber erreichbar? Tel-Nr.: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**Überweisung der Versicherungsleistung auf Girokonto lautend auf** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Postanweisung (Gebühren für Postanweisung gehen zu Lasten des Empfängers!)**

**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, Postfach 155  
5033 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 Erklärung 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 im vollen 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 zu 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 des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) jederzeit teilweise oder zur Gänze in geschriebener Form widerrufen werden.**

Datum

Unterschrift des Anspruchstellers

An die  
**Wüstenrot Versicherungs-AG**  
 Alpenstraße 61, Postfach 155  
 5033 Salzburg

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

**BERICHT DES ARZTES** Bitte um ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. a) Wann und wo wurde der Verletzte erstmals wegen des Unfalles behandelt? (TT/MM/JJJJ) _____ _____	
b) Wann haben Sie den Verletzten erstmals wegen des Unfalles behandelt? (TT/MM/JJJJ) _____	
2. Art der Verletzung(en) (bitte möglichst genau beschreiben)	
Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
3. Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch diesen Unfall verursacht worden?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
4. Haben Umstände mitgewirkt, welche die Unfallfolgen negativ beeinflusst haben? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
5. War der Verletzte vor dem Unfall körperlich oder geistig gebrechlich oder durch Erkrankung(en) beeinträchtigt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
6. Sind Ihnen frühere Unfälle bekannt? Wenn ja, Zeitpunkt, Verletzung, welche Folgen?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
7. Wird der Unfall eine bleibende Funktionseinschränkung zur Folge haben? Wenn ja, welcher Art?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
8. War/Ist der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus? Stationär: von _____ bis _____ In welchem? _____ Ambulant: von _____ bis _____	
9. Von wann bis wann war/ist der Verletzte arbeitsunfähig? Vollständig (100 %) von (inkl.) _____ bis (inkl.) _____ Teilweise von (inkl.) _____ bis (inkl.) _____ voraussichtlich arbeitsfähig ab _____	
10. War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt durch Alkohol, Drogen od. Medikamente beeinträchtigt? Wenn ja, wodurch (ggf. Art und Menge)? Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> J Ergebnis: _____ % <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
11. Sonstige Bemerkungen:	

Honorar (lt. Übereinkommen Ärztekammer) überweisen auf:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_