

Polizzenummer: _____	Unfall – Schadenanzeige Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, um unnötige Rückfragen und damit Verzögerungen in der Schadenerledigung zu vermeiden! Zutreffendes bitte ankreuzen! Bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an protecta.at zurück
------------------------------------	---

A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Beruf:
Land:	Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):
Fax-Nummer:	E-Mail Adresse:
Bankverbindung: Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:	IBAN: BIC:

B. Angaben zum Unfallgeschehen

Schadentag: _____ Schadenzeit: _____
Schadenort : _____

C. Bitte geben Sie uns eine ausführliche Schadenschilderung

D. Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Vor- und Nachname der verletzten Person:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Beruf:
Beschäftigt bei:	
Land:	Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):
Fax-Nummer:	E-Mail Adresse:

1. Welche Verletzungen sind aufgetreten?

2. Schadenart:

Handelt es sich um einen

Betriebs-/ Arbeitsunfall Wegeunfall (auf direktem Wege von/zur Arbeitsstätte) Unfall ohne Bezug zum Beruf

3. Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

ja nein

Wenn ja, was und welche Menge? _____ Wann: _____ (Uhrzeit und Datum)

Blutalkoholgehalt in o/oo zum Unfallzeitpunkt: _____

E. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen:

1. a. Art des Kfz (z. B. Pkw, Lkw, Bus): _____
- b. Hersteller des Fahrzeuges: _____
- c. Kennzeichen des Fahrzeuges: _____
2. Führerscheinklasse des Fahrers: _____

3. Namen und Anschriften der Insassen:

	Vor- und Nachname	Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
1.			
2.			
3.			

4. Wenn als Autoinsasse, war der Verletzte angeschnallt?

ja nein

F. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen

1. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein

ja Dienststelle: _____ Aktenzahl: _____

2. An welchem Tag, zu welcher Stunde, und durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Arzt (Name und Anschrift): _____

3. Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt?

Datum: _____ Uhrzeit: _____ durch Dr. med.: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____ durch Dr. med.: _____

4. Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich? nein ja, seit _____

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? _____ Wurde beendet am: _____

5. Findet z.Z. noch eine ambulante Behandlung statt? nein ja, seit.. _____

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? _____ Wurde beendet am: _____

6. Wurde der Verletzte arbeitsunfähig geschrieben? nein ja, ab: _____

Wie lange wird der Verletzte noch arbeitsunfähig sein? _____

7. War der Verletzte vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig? ja nein

Falls nein, welche anderen Erkrankungen lagen vor? _____

8. Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten, wenn ja mit welchen Folgen?

9. Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Folgen (Invalidität) zu rechnen? Ja nein

10. Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren konsultiert?

Name und Anschrift	Zeitpunkt und Grund

11. Besteht, oder bestand noch anderweitig Versicherungsschutz gegen Unfälle?

nein ja, Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

12. Besteht eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?

nein ja, Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch protecta.at und dem jeweiligen Versicherer, zum Zwecke der Schadenbearbeitung, erkläre ich mich einverstanden. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Erklärung des Versicherungsnehmers

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

Name des Beraters / der Geschäftsstelle

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten

I. Allgemeine Informationen:

"Personenbezogene Daten" sind alle Informationen die sich auf identifizierte oder identifizierbare natürliche Personen (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.

Gesundheitsdaten sind gemäß der Datenschutzgrundverordnung personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen. 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 Ihrer Gesundheitsdaten im Rahmen des gegenständlichen Vertrages ist für die Beurteilung und den Abschluss des Versicherungsschutzes und auch zur Erfüllung von Obliegenheitspflichten gegenüber dem Versicherer notwendig.

Als Versicherungsmakler sind wir gemäß § 28 MaklerG zum „best advice“ verpflichtet. Um diese gesetzliche Verpflichtung erfüllen zu können, müssen wir schon in der Angebotsphase mit unterschiedlichen Versicherungen in Kontakt treten und erforderlichenfalls diesen Versicherungen Ihre Gesundheitsdaten übermitteln.

Sollten Sie damit einverstanden sein, dass wir Ihre Gesundheitsdaten zu diesen Zwecken verarbeiten, können Sie unter Punkt II Ihre Einwilligung dazu erteilen. Diese **Einwilligung** können Sie **jederzeit widerrufen**. Dazu wenden Sie sich bitte an: protecta.at Finanz- und Versicherungsservice GmbH, Salztorgasse 5/EG, 1010 Wien, Tel.: +43 (1) 513 51 55 des Verantwortlichen oder an den Datenschutzbeauftragten unter der Email: datenschutz@protecta.at.

II. Einwilligungserklärungen:

1. Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten** zum Zwecke der Erfüllung des von Ihnen mir erteilten Auftrages zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes bzw. Schadensmeldung **erfasst und verarbeitet werden**.
2. Ebenfalls **stimme ich ausdrücklich zu**, dass die verarbeiteten Gesundheitsdaten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung **an Versicherungsunternehmen, nämlich der Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10-11, 1010 Wien, weitergegeben werden**.
3. **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**

_____, am _____
Ort Datum

Unterschrift