



Bitte melden Sie uns Ihren Leistungsanspruch so rasch wie möglich, wenn Sie mit einer Entschädigung rechnen. Das ist wichtig, damit Ihr Anspruch nicht verloren geht. Das Versäumnis der rechtzeitigen Meldung kann eventuell zum gänzlichen Verlust des Leistungsanspruches führen. Sie sind durch eine Krankheit oder einen Unfall arbeitsunfähig? Dann gehen Sie bitte gleich zum Arzt. Schicken Sie uns bitte den Abschnitt auf der Rückseite vom Arzt ausgefüllt und unterschrieben zurück.

**Allgemeine Daten**

**Polizzennummer/  
Schadennummer**

<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="-"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	--------------------------------	----------------------	----------------------

Polizzennummer (unbedingt angeben) LD

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Schadennr. (wenn bekannt)

**Versicherungsnehmer/  
Versicherte Person**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname      Geburtsdatum JJJJ/MM/TT

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Familienname, Vorname, Titel

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Postleitzahl      Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

tagüber erreichbar unter Tel.Nr.      E-Mail/Homepage

**Angaben zum Betrieb**

Geben Sie bitte einen kurzen Überblick über Ihre konkreten betrieblichen Tätigkeiten:

1. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

Bitte geben Sie den Umsatz (Einkommen) Ihres Betriebes im letzten Jahr bekannt:

Anzahl der Angestellten:

Bestehen weitere Betriebsunterbrechungsversicherungen?  nein  ja

→ Polizzennummer

<input type="text"/>
----------------------

bei/Anstalt

**Angaben zur Betriebs-  
unterbrechung**

**a) gänzliche Unterbrechung**  
(Betrieb geschlossen)      → von/bis

**b) teilweise Unterbrechung**  
(eingeschränkte Weiterführung  
des Betriebes durch Mitarbeiter)      → von/bis

Welche Tätigkeiten konnten nicht ausgeübt werden?

<input type="text"/>
----------------------

**c) keine Unterbrechung**  
jedoch Mehrkosten durch Vertretung, Überstunden etc., Nachweis erforderlich)

**Angaben zum  
Schadensereignis  
durch einen  
Personenschaden**

■ **Krankheit**

Art der Erkrankung

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

■ **Unfall**

Ort des Unfalles

Beschreibung des Ereignisablaufes

Liegt Fremdverschulden vor?

nein  ja, durch →

Behördliche Aufnahme?

nein  ja, durch

Aktenzahl

Name

Anschrift

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/Polizzenummer

**Angaben der  
versicherten Person  
zur Heilbehandlung**

Wann und durch wen haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt?  nein  ja →  ambulant  stationär

Krankenhaus

von/bis

**Angaben zum  
Schadensereignis  
durch einen  
Sachschaden**

■ **Elementarereignis** (Feuer, Sturm, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl etc.)

Wann und in welcher Art ist das Ereignis eingetreten?

Zuständiger Versicherer der Gebäudeversicherung/Anstalt/Polizzenummer

Schadenbesichtigung durch (Name des Sachverständigen/Telefonnummer)

## Ermächtigung und Bankverbindung

**Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall**  
Ich erkläre hiermit der UNIQA Österreich Versicherungen AG meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

### Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.

Des weiteren ermächtige ich die UNIQA Österreich Versicherungen AG in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.

Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

### Widerrufsfolgen

**Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann.** Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte oder bezugsberechtigte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln haben und vor Zugang der zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten Daten beim Versicherer, keine Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Soweit eine Datenerhebung, eine Datenübermittlung oder die Auswertung bereits übermittelter Daten ganz oder teilweise unterbleibt, kann dies auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leistung überweisen auf (Bank-Name)	BIC	IBAN

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des/der Versicherten	Unterschrift Versicherungsnehmer

## Bestätigung des behandelnden Arztes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnose	Datum der ersten Behandlung

### Symptome

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit der jetzigen  nein  ja →  
Krankheit in Zusammenhang stehen könnten  
(bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)?

Wann und welcher Art?

Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet?

Arbeitsunfähigkeit	völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von/bis einschließlich	<input type="text"/>	Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann.
	teilweise Arbeitsunfähigkeit von/bis einschließlich	<input type="text"/>	
	Ist die Behandlung beendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?	<input type="text"/>	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name)	BIC	IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen!