Angaben zum Versicherungsnehmer/in	
Nachname*	
Vorname*	
Adresse*	
PLZ, Ort*	
E-Mail Adresse*	
Telefon*	

Angaben zum Schadenereignis – Verletzte Person	
Nachname*	
Vorname*	
Adresse*	
PLZ, Ort*	
E-Mail Adresse	
Telefon*	
Geburtsdatum*	
Beruf zum Unfallzeitpunkt*	
Unfalldatum*	
Unfalluhrzeit*	
Unfallort*	

An wen soll eine allfällige Leistung erbracht werden?	
Nachname	
Vorname	
IBAN	
BIC	

Wie hat sich der Unfall ereignet? (Genaue Schilderung)		
*		
Freizeitunfall*	□ Ja	□ Nein
Arbeitswegunfall*	□ Ja	□ Nein
Arbeitsunfall*	□ Ja	□ Nein
Sonstiges		

Wurde der Tatbestand von der Polizei aufgenommen? (Bitte Kopie der Anzeigebestätigung beilegen)	
□ Ja	□ Nein
Bekanntgebe des Aktenzeichens	

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalls Alkohol konsumiert?	
□ Ja	□ Nein
In welcher Menge?	

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles Medikamente eingenommen?	
□ Ja	□ Nein
Name/Art des Medikamentes	

Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges (bitte beidseitige Kopie des Führerscheins beilegen)	
Führerscheinnummer	
Ausstellende Behörde	
Gültig ab	
Ausgestellt für die Fahrzeugklassen	

Name und Adresse des Unfallgegners (bei Fremdverschulden)	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Haftpflichtversicherer (Polizzennummer)	
Zeugen	
Telefon	
E-Mail	

Bei Sportunfällen		
Name des Vereins		
Adresse des Vereins		
PLZ, Ort		
Mitglied seit		
Leistungsklasse/Liga		
Entgeltliche Ausübung	□ Ja	□ Nein
Unfall während des Trainings	□ Ja	□ Nein
Unfall während des Wettkampfes	□ Ja	□ Nein

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Unfallversicherung?	
□ Ja	□ Nein
Gesellschaft	
Polizzennummer	
Versicherungssumme	

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Krankenversicherung?	
□ Ja	□ Nein
Gesellschaft	
Polizzennummer	
Versicherungssumme	

Besteht eine Mitgliedschaft in einem Verein?			
Alpenverein		□ Ja	□ Nein
ÖAMTC		□ Ja	□ Nein
ARBÖ		□ Ja	□ Nein
Reiseversicherung		□ Ja	□ Nein
Kreditkarte	□ VISA	□ Mastercard	□ American Express
Sonstige			

- Button für → Upload „medizinische Unterlagen“
- Button für → Upload „Honorarnoten inkl. ärztlicher Verordnungen und SV-Abrechnungen (falls bereits vorhanden)“

Behandelnde Ärzte / Einrichtung	
Name	
Adresse	

Die mit * markierten Felder sind Pflichtfelder!

Unterzeichnung

Der/Die Unterzeichnende erklärt vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum | Unterschrift Verletzte Person | Unterschrift Versicherungsnehmer/in

bautoura

Datenschutzerklärung

Die im Formular eingegebenen Daten werden von Bau & Tourismus Versicherungsmakler GmbH zur Bearbeitung Ihres Schadenfalls verarbeitet (Zweck).

Rechtsgrundlage: Vertragserfüllung (Art.6 Abs.1 lit. b DSGVO) und – soweit Gesundheitsdaten – Ihre ausdrückliche Einwilligung (Art.9 Abs.2 lit. a DSGVO) bzw. zur Geltendmachung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Art.9 Abs.2 lit. f i.V.m. Art.6).

Empfänger: zuständiges Versicherungsunternehmen, Schadenregulierer, ggf. Rechtsanwalt.

Speicherdauer: bis zur Erledigung des Falles sowie bis zum Ablauf gesetzlicher Aufbewahrungs-/Verjährungsfristen (s. Datenschutzerklärung). Ihre Rechte: Auskunft, Löschung, Berichtigung, Einschränkung, Widerspruch, Datenübertragbarkeit.

Detaillierte Datenschutzhinweise: https://bautoura.at/datenschutz

☒ Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten (z.B. Diagnosen, Behandlungsdaten) zwecks Bearbeitung des gemeldeten Schadens ein. (freiwillig, Widerruf möglich)

_____

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer/in

bautoura

Vollmacht

Nachname	
Vorname	
Adresse	
E-Mailadresse	
Handynummer	
Geburtsdatum	

bevollmächtigt die Versicherungsgesellschaft in den betreffenden behördlichen bzw. ärztlichen Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen. Dies gilt auch für Informationen und Unterlagen bei der AUVA oder sonstigen Sozialversicherungsträgern, sowie privaten Versicherungsunternehmen.

□ Ich willige hiermit ein, dass mein Betreuer **Bau & Tourismus Versicherungsmakler GmbH** Einsicht in meinen diesbezüglichen Schadenakt und in die Gesundheitsdaten gewährt wird.

Weiters ermächtige ich die Versicherungsgesellschaft, medizinische Gutachten, die aus Anlass dieses Unfalles erstellt wurden, an jene Gesellschaften weiterzuleiten, bei denen ebenfalls ein Unfallversicherungsvertrag besteht.

Ort, Datum | Unterschrift Verletzte Person | Unterschrift Versicherungsnehmer