



Polizzenummer

Inkasso Stelle: 981..

Personendaten

**Versicherungsnehmer/
Prämienzahler**

Sind Sie für die beantragten Risiken
Verbraucher im Sinne des KSchG?

Ja Nein

Familienname, Vorname, Titel

Hauptwohnsitz/Lebensmittelpunkt: Straße, Platz, Hausnr., Stiege, Tür Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

PLZ Wohnort

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Kammer Mitglied seit

Versicherte Personen

1 weiblich männlich

Berufsangabe unbedingt erforderlich!

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür Beruf

PLZ Wohnort

2 weiblich männlich

Berufsangabe unbedingt erforderlich!

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür Beruf

PLZ Wohnort

3 weiblich männlich

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

berufstätig: ja nein

4 weiblich männlich

Wenn weitere Personen versichert werden
sollen, bitte diesen Antrag kopieren und
ausgefüllt beilegen.

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

berufstätig: ja nein

Allgemeine Fragen

jährliche Zahlung mit Einzugsermächtigung (SEPA Lastschrift-Mandat ausfüllen!) Zahlschein

Bezugsrecht nach Unfalltod:

Bei Kindern bis zum 15. Geburtstag der
Versicherungsnehmer

**Für alle anderen Leistungen:
jeweils die versicherte Person**

gesetzliche Erben namentlich genannte Personen

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Bestehende Unfall-, Lebens-, oder
Krankenversicherungen?

nein wenn ja, für UV LV KV Gesellschaft? Pol.-Nr.? Vers.-Summe? Ablauf?

Wurden Anträge gestellt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder Verträge gekündigt?	<table border="0"> <tr> <td>nein</td> <td>wenn ja, für</td> <td>UV</td> <td>LV</td> <td>KV</td> <td>Gesellschaft? Pol.-Nr.? Vers.-Summe? Ablauf?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	nein	wenn ja, für	UV	LV	KV	Gesellschaft? Pol.-Nr.? Vers.-Summe? Ablauf?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
nein	wenn ja, für	UV	LV	KV	Gesellschaft? Pol.-Nr.? Vers.-Summe? Ablauf?														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>														
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>														
Bestehen Sondergefahren (z.B. Sportrisiken, Wettbewerbsteilnahme, etc.)	<table border="0"> <tr> <td>nein</td> <td>wenn ja, für</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	nein	wenn ja, für		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
nein	wenn ja, für																		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
Sind die versicherten Personen vollkommen gesund und arbeitsfähig?	<table border="0"> <tr> <td>ja</td> <td>wenn nein, für</td> <td>Bitte um Angabe der Krankheiten, Diagnosen, Operationen, Ärzte, Krankenanstalten, Dioptrinangaben, Medikamente, behandelnder Arzt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	ja	wenn nein, für	Bitte um Angabe der Krankheiten, Diagnosen, Operationen, Ärzte, Krankenanstalten, Dioptrinangaben, Medikamente, behandelnder Arzt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
ja	wenn nein, für	Bitte um Angabe der Krankheiten, Diagnosen, Operationen, Ärzte, Krankenanstalten, Dioptrinangaben, Medikamente, behandelnder Arzt																	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
Bestehen oder bestanden Gebrechen oder Krankheiten, schwere Nervenleiden oder Geisteskrankheit?	<table border="0"> <tr> <td>nein</td> <td>wenn ja, für</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	nein	wenn ja, für		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
nein	wenn ja, für																		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
Haben die versicherten Personen Unfälle erlitten, wenn ja: Welche Folgen? Invaliditätsgrad? Entschädigung? Höhe?	<table border="0"> <tr> <td>nein</td> <td>wenn ja, für</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	nein	wenn ja, für		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
nein	wenn ja, für																		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																	

Leistungsteil

	Grunddeckung Invaliditätsleistung ab 20 % dauernder Invalidität	Variante 1 Invaliditätsleistung ab jedem Inv. Grad	Variante 2 Invaliditätsleistung ab 20 % dauernder Invalidität
Dauernde Invalidität Leistung bis 400 %	EUR 487.170,-	EUR 278.400,-	EUR 222.750,-
	EUR 1.948.680,-	EUR 1.113.600,-	EUR 891.000,-
Unfalltod	EUR 139.190,-	EUR 27.850,-	EUR 417.600,-
Schmerzensgeld ab dem 7. Tag eines unfallbedingten Spitalsaufenthaltes	EUR 6.950,-	—	—
Erhöhung nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mind. 21 Tagen auf	EUR 13.900,-	—	—
Unfallkosten mit einem Selbstbehalt von EUR 800,-	EUR 16.660,-	EUR 16.660,-	EUR 16.660,-
Unfallbedingte Rückholkosten bzw. Überführungskosten	EUR 15.000,-	EUR 15.000,-	EUR 15.000,-
Jahresprämien für Grunddeckung, Variante 1 und 2: EUR 357,14; pro Kind EUR 178,57			

Variante 3 (entspricht der Grunddeckung) – für Personen mit Vollendung des 71. Lebensjahres

Gewählte Variante:

(z.B. Grunddeckung)

 V 1 V 3 V 2 V 4

Beginn

TT/MM/JJJJ

Frühestens jedoch ab Einlangen beim Versicherer

Die Laufzeit des Vertrages beträgt mindestens 3 Jahre. Danach ist der Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist jeweils zum 1.3. eines jeden Jahres kündbar.

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

einverstanden nicht einverstanden

Datenschutz: Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen unter www.uniqa.at/versicherung/datenschutz.html. Sofern personenbezogene Daten von Personen wie insbesondere versicherte Personen, Prämienzahler, Bezugsberechtigte verarbeitet werden, informieren Sie diese über die Datenschutzhinweise von UNIQA.

Belehrung über das Rücktrittsrecht

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen. Durch meine Unterschrift mache ich die genannten Erklärungen und Hinweise zum Inhalt des Antrages und erkenne diese an.

	Unterschrift Versicherungsnehmer (VN)
	Unterschrift versicherte Person 1 (VP1) bzw. gesetzl. Vertreter
Unterschrift Berater	Unterschrift versicherte Person 2 (VP2) bzw. gesetzl. Vertreter
	Unterschrift versicherte Person 3 (VP3) bzw. gesetzl. Vertreter
Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person 4 (VP4) bzw. gesetzl. Vertreter

Vermittlernummer

Bitte kopieren Sie den ausgefüllten Antrag für Ihre Unterlagen. Senden Sie bitte den Antrag/die Anträge an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Zentrales Servicecenter Unfallversicherung, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien.

Erklärungen und Hinweise

Rechtsgrundlagen

Bei Beantragung verschiedener Sparten handelt es sich um Anträge zu rechtlich selbstständigen Verträgen. Die Rechtsgrundlagen für die einzelnen beantragten Sparten sind die derzeit geltenden Tarifbestimmungen, die Versicherungsbedingungen sowie das Versicherungsvertragsgesetz. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – (Rück-) Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen (UN), der Europäischen Union (EU) oder der nationalen Gesetzgebung entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (EU) oder lokale Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Antragsbindungsfrist

Ist eine andere Bindungsfrist nicht im Einzelnen ausgehandelt, so ist der Antragsteller an den Antrag sechs Wochen gebunden.

Beginn des Versicherungsschutzes

Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsvertrag und keinen Versicherungsschutz. Erst mit Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung beim Versicherungsnehmer kommt es zum Abschluss des Versicherungsvertrags. Versicherungsschutz vor Vertragsabschluss besteht nur bei Zusage einer vorläufigen Deckung in dem vom Versicherer zugesagten Umfang.

Obliegenheiten

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass nachstehende Obliegenheiten – deren Verletzung eine Leistungsfreiheit bewirken können – einzuhalten sind.

- Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ist in jedem Fall der Besitz der kraftfahrrechtlichen Berechtigung notwendig.
- Ein Unfall ist unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche in geschriebener Form anzuzeigen.
- Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen.

Verantwortlichkeit für den Antrag

Für die Richtigkeit aller Angaben ist der Antragsteller allein verantwortlich, auch wenn er den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat. Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben und er kann keine verbindlichen Zusagen machen. Alle Angaben müssen in geschriebener Form in das Antragsformular aufgenommen werden. Besondere Vereinbarungen und Vorbehalte bedürfen der Bestätigung des Versicherers in geschriebener Form. Die Erklärungen, Informationen und Anfragen mit einem Datenschutzbezug sind in der Regel an keine bestimmte Form gebunden, solange die Datenschutzgrundverordnung oder das Datenschutzgesetz idGF keine gesonderte Form vorschreibt. Der Antragsteller erklärt, dass alle Fragen, insbesondere jene nach den gefahrerheblichen Umständen (z.B. zum Freizeitverhalten, zur Sportausübung), wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden und die in diesem Formular niedergeschriebenen Angaben richtig sind. Er nimmt zur Kenntnis, dass eine unrichtige Angabe den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann.

dig beantwortet wurden und die in diesem Formular niedergeschriebenen Angaben richtig sind. Er nimmt zur Kenntnis, dass eine unrichtige Angabe den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann.

Kinder und Jugendliche

Die Versicherung wird bis zum Erreichen des 19. Lebensjahres mit der vereinbarten Kinderprämie geführt. Ab dem dem 19. Geburtstag folgenden Monatsersten wird die Prämien für Erwachsene vorgeschrieben.

Die Versicherung gilt bis zum 26. Lebensjahr und endet automatisch mit dem dem 26. Geburtstag folgenden Monatsersten, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Art der Vertriebsvergütung

Der Berater erhält für die Vermittlung des Versicherungsvertrages eine Provision, welche in der Versicherungsprämie enthalten ist.

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Beschwerdestellen

Ihre Beschwerden können Kunden an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, richten, auch per E-Mail info@uniqa.at. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben.

Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at, wenden. Sollte es sich beim Vertrag um ein Verbrauchergeschäft handeln, können Sie sich auch an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, E-Mail: office@verbraucherschlichtung.at und an die Beschwerdestelle des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at wenden.

Im Falle einer Beschwerde mit einem Datenschutzbezug können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten von UNIQA Österreich Versicherungen AG, E-Mail: datschutz@uniqa.at, wenden. Zusätzlich haben Sie eine Beschwerdemöglichkeit bei der österreichischen Datenschutzbehörde: www.dsb.gv.at, E-Mail: dsb@dsb.gv.at. Unabhängig davon besteht für Sie weiterhin die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.

Leistungen und Wahlrecht

Die Art der Leistungen und damit verbunden die Wahlmöglichkeiten sind am Antrag ausgewiesen. Der Umfang der Leistung ist auch aus der Police zu entnehmen. Für die Auszahlung der Leistung ist dem Versicherer die bezugsberechtigte Person inklusive der Kontodaten bekanntzugeben.

Prämienzahlung

Die Prämie ist fristgerecht, je nach gewählter Zahlungsweise, an den Versicherer zu bezahlen.

Versicherer:

UNIQA Österreich Versicherungen AG
Sitz: Wien, FN 63197 m Handelsgericht Wien
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Tel.: +43 (0) 50677

WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNG AG Vienna Insurance Group
Sitz: Wien, FN 333376 i Handelsgericht Wien
Schottenring 30, Postfach 80, 1011 Wien, Tel.: +43 (0)50 350-20000

SEPA Lastschrift-Mandat (Ermächtigung zum Einzug der Forderungen durch SEPA-Lastschriften)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und genaue Anschrift des/der Zahlungspflichtigen

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

BIC

Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund – gilt nicht gegenüber den durchführenden Banken)

Zahlungsempfänger:

UNIQA Österreich Versicherungen AG
Creditor-ID: AT10UAT0000001017
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der
Kontozeichnungsberechtigten



Allgemeine Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Verantwortlicher

UNIQA Österreich Versicherungen AG
Untere Donaustraße 21
1029 Wien
Telefon: +43 50677 670
E-Mail-Adresse: info@uniqa.at

Datenschutzbeauftragter

Bei Fragen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wenden Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@uniqa.at.

Ihre Rechte

Nach Maßgabe der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können Sie Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten verlangen, die wir verarbeiten. Sind die Sie betreffenden Angaben nicht (mehr) zutreffend, können Sie Berichtigung oder Vervollständigung verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen und insbesondere unter Einhaltung der Aufbewahrungsfristen können Sie die Löschung sowie die Einschränkung der Verarbeitung verlangen. Zusätzlich haben Sie auch das Recht auf Datenübertragbarkeit und somit das Recht auf Herausgabe Ihrer uns bereitgestellten personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Soweit wir Ihre Daten im Interesse von UNIQA verarbeiten, haben Sie jederzeit das Recht zu widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe dafür ergeben. Wir werden Ihre Daten in diesem Fall nicht weiterverarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen. Außerdem steht Ihnen jederzeit das Recht zu, Widerspruch gegen die Verarbeitung zum Zwecke der Direktwerbung einzulegen. Haben Sie im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Ihre Einwilligung erteilt, steht Ihnen ein Widerrufsrecht zu.

Sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzrecht verstößt, haben Sie eine Beschwerdemöglichkeit bei der Österreichischen Datenschutzbehörde: Österreichische Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien.

In unseren Datenschutzhinweisen erläutern wir Ihnen kontextbezogen wer Verantwortlicher für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist; welche personenbezogenen Daten wir auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten; zu welchen Zwecken wir Ihre Daten verarbeiten; wie lange wir Ihre Daten speichern; an welche Empfänger wir Ihre Daten übermitteln; welche Betroffenenrechte Ihnen im Rahmen der Verarbeitung zustehen und an wen Sie sich im Falle von Rückfragen oder Beschwerden wenden können.

Alle Details zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter:

<https://www.uniqa.at/versicherung/datenschutz.html>

Wenn Sie die Datenschutzhinweise gerne im vollen Wortlaut in Papierform haben möchten, wenden Sie sich direkt an Ihre UNIQA Ansprechperson. Wir kommen Ihrem Wunsch gerne nach.

Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

1. Bei Vertragsabschluss oder einer Vertragsänderung darf UNIQA meine Gesundheitsdaten bei Ärzten oder Krankenanstalten einholen

Ich als **versicherte Person** stimme zu, dass sich UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien (UNIQA) über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten in Hinblick auf den Vertragsabschluss oder eine Vertragsänderung bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten und auch bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern informiert. Darüber hinaus darf UNIQA zu diesem Zweck auch Einsicht in etwaige bereits vorhandene Gesundheitsdaten nehmen. UNIQA beurteilt anhand der Gesundheitsdaten ob und zu welchen Bedingungen der Versicherungsvertrag abgeschlossen oder die beantragte Vertragsänderung durchgeführt wird.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Erforderliche medizinische Unterlagen wie Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde
- Sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt
- Klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten

Ich entbinde mit meiner Einwilligung die hier Befragten von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, die Übersicht allfälliger Datenempfänger, meine Rechte und die Speicherfristen) erhalte ich jederzeit unter datenschutz.uniqagroup.com

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Wenn ich nicht zustimme, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. Fehlen diese Unterlagen, kann UNIQA im Einzelfall meinen Antrag ablehnen oder unter geänderten Bedingungen annehmen. **Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| Versicherte Person 1 (VP 1) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 2 (VP 2) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 3 (VP 3) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 4 (VP 4) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |

2. Nach einem Versicherungsfall darf UNIQA meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ich Anspruch auf Leistung habe (Vorausermächtigung)

Ich als **versicherte Person** stimme zu, dass sich UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien (UNIQA) über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen sowie bei im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (z.B. Polizei) und Gerichten informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
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; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakte, Gerichtsakte, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten
- Die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragten, bestehenden oder beendeten Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen)

Bevor UNIQA Auskunft einholt, informiert sie mich über Grund und Umfang der konkret beabsichtigten Datenerhebung und klärt mich in klarer und verständlicher Form darüber auf, dass ich das Recht habe, der konkret beabsichtigten Datenerhebung zu widersprechen sowie über die Folgen eines Widerspruchs. Nachdem ich diese Information erhalten habe, kann ich innerhalb von 14 Tagen Widerspruch einlegen. Erfolgt kein Widerspruch durch meine Person, dürfen von UNIQA die Daten auf Basis der bereits erteilten Einwilligung eingeholt werden. Mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, die Übersicht allfälliger Datenempfänger, meine Rechte und die Speicherfristen) erhalte ich jederzeit unter datenschutz.uniqagroup.com

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Wenn ich nicht zustimme, muss später bei jedem einzelnen Versicherungsfall eingewilligt werden. Wenn eine Erklärung später abgegeben wird, kann sich die Abwicklung des Versicherungsfalles verzögern. **Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

Liegt meine Einwilligung UNIQA nicht vor, weil ich sie (auch für den konkreten Versicherungsfall) nicht erteilt, sie widerrufen oder ich der konkreten Datenerhebung widersprochen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. Ich weiß, dass UNIQA die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen auszus zahlen. Wenn UNIQA die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit von UNIQA führen.

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| Versicherte Person 1 (VP 1) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 2 (VP 2) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 3 (VP 3) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |
| Versicherte Person 4 (VP 4) | <input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu | <input type="checkbox"/> Nein, ich stimme nicht zu |

Wichtiger Hinweis zur Einholung Ihrer Gesundheitsdaten im Ablebensfall bei Dritten

Unabhängig von der obigen Einwilligung zur Einholung und Prüfung der Gesundheitsdaten bei Dritten, ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages mit UNIQA nur möglich, wenn UNIQA in jedem Fall ihren vertraglichen Verpflichtungen nachkommen kann. Hierzu gehören auch die Beurteilung der Leistungspflicht sowie die Abwicklung des Versicherungsfalles im Falle Ihres Ablebens. Dafür ist die Entbindung der Schweigepflicht und Amtsverschwiegenheit Dritter in folgendem Umfang und unter folgenden Bedingungen zwingend erforderlich:

Daher entbinde ich mit meiner Unterschrift für den Fall meines Ablebens, die untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleister wie Ärzte, Krankenanstalten sowie bekanntgegebene Sozialversicherungsträger und sonstige schweigepflichtige Einrichtungen sowie bei im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (z.B. Polizei) und Gerichte im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit und bevollmächtigte UNIQA im Voraus für mich bei diesen Behörden und Gerichten Akteneinsicht zu nehmen, damit UNIQA die Leistungspflicht beurteilen, meinen Versicherungsfall abwickeln und folgende Daten einholen und verarbeiten kann:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
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; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakte, Gerichtsakte, Aktenvermerke oder sonstigen behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten
- Die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragten, bestehenden oder beendeten Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle meine oben getroffenen Entscheidungen über die Verwendung meiner Daten.

Unterschrift versicherte Person 1 (VP1)
bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift versicherte Person 2 (VP2)
bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift versicherte Person 3 (VP3)
bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift versicherte Person 4 (VP4)
bzw. gesetzl. Vertreter

Ort, Datum