

Behandelnder Arzt: (Name und Anschrift)		
Bei stationärer Behandlung: (Angabe des Krankenhauses)	Behandlung von:	bis:
Genauere Angabe (ärztliche Diagnose) der durch den Unfall erlittenen Verletzungen:		
Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Verletzungen, die nicht durch den Unfall verursacht wurden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
War der Verletzte vor diesem Unfall bereits invalid oder mit einem Gebrechen behaftet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich stimme zu, dass voestalpine AG (voestalpine Straße 1, A-4020 Linz) sowie deren Konzerngesellschaft _____ und voestalpine Insurance Broker GmbH (Stahlstraße 14, A-4020 Linz) folgende personenbezogene Daten: Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Familienstand, KFZ Daten, Sozialversicherungsnummer zu Zwecken der Schadensbearbeitung verarbeitet. Die oben angeführten Daten können beschränkt für die Zwecke der Schadensabwicklung an nachstehende Empfänger übermittelt werden: Versicherung, Sachverständiger, Rechtsanwalt. Ich nehme zur Kenntnis, dass in Staaten, die nicht Mitglieder der EU sind, ein niedrigeres Datenschutzniveau als in der EU herrschen kann. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich mit E-Mail an insurance.broker@voestalpine.com widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter/Verletzter

Bitte die beiliegende Vollmacht mit persönlicher Unterschrift zurücksenden, diese dient der Versicherung zur Einholung Ihrer Krankengeschichte!

Die beiliegende Einwilligungserklärung bitte ebenfalls unterfertigt zurücksenden. Aufgrund der Datenschutzverordnung benötigen wir diese, damit wir Ihre Daten verarbeiten dürfen und Ihre Unfallmeldung an die Generali Versicherung weiterleiten können!



Vollmacht

Polizzenummer:
Leistungsfallnummer:

Generali Versicherung AG
Landskrongasse 1 - 3
1010 Wien

F +43 2742 317 000 12607
M unfall.leistung.at@generali.com

Versicherte Person:

VOLLMACHT

Versicherungsnehmer/in: voestalpine AG

Leistungsfallnummer:

Vorfall vom:

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich stimme zu, dass die Generali Versicherung AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem gegenständlichen Versicherungsfall von dem unten genannten Arzt/Behandler, dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung die angeführten personenbezogenen Gesundheitsdaten ermitteln darf:

Angaben zu den behandelnden Stellen:

(Hinweis: nur mit Angabe Ihres Behandlers sowie Behandlungsdatums kann eine sofortige Anforderung erfolgen!)

Name der Kliniken/medizinischen Institutionen	
Aufnahmezahl	
Behandlungsdatum/-Zeitraum	von bis
Folgende Unterlagen können aufgrund dieser Zustimmungserklärung angefordert werden (Im Einzelfall kann auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden.)	erhobene Befunde, Diagnose, Therapieplan; Einsatzprotokoll der Rettungskräfte; Notarztprotokoll; Anamnese der aktuellen Aufnahme; Statusblatt; Fieberkurve mit Infusionsplan; Diagnostische Befunde (Labor, MRT, CT, Röntgen, Histologie); Operationsbericht; Anästhesieprotokoll; Ärztliche Verlaufsberichte; Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen (Pflegerbericht); Entlassungsbericht (Arztbrief); Ambulanzprotokoll ab Erstbehandlung; Laborbefunde; histologischen Befund; Obduktionsprotokoll;
Arzt / Behandler / Zahnarzt	
Behandlungsdatum/-zeitraum	
Folgende Unterlage(n) werden mit dieser Zustimmungserklärung angefordert)	Behandlungsprotokoll bzw. Therapieplan; MRT/CT-Befunde;
Name und Adresse sonstiger behandelnder Ärzte	



Vollmacht

Polizzenummer:
Leistungsfallnummer:

Generali Versicherung AG
Landskronngasse 1 - 3
1010 Wien

F +43 2742 317 000 12607
M unfall.leistung.at@generali.com

Versicherte Person:

Ich entbinde den oben genannten Arzt/Behandler oder das Personal des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von der ärztlichen und von sonstigen beruflichen Schweigepflichten.

Diese Zustimmungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass der Generali Versicherung AG sämtliche der oben angeführten Daten von mir selbst zu übermitteln wären. Die Generali Versicherung AG behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Die Generali Versicherung AG kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Leistungsfallprüfung nicht vornehmen. Bis zum Erhalt der erforderlichen Unterlagen werden allfällige Leistungsansprüche nicht fällig.

Wir behalten uns die Einholung weiterer Unterlagen vor.

Wir können bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Leistungsfallprüfung nicht vornehmen. Bis zum Erhalt der erforderlichen Unterlagen werden allfällige Leistungsansprüche nicht fällig.

Sind Sie für diesen Leistungsfall damit einverstanden, dass medizinische Gutachten und/oder Behördenprotokolle zwischen den Nebenversicherungen und der Generali Versicherung AG ausgetauscht werden dürfen?

- Ja
- Nein

Haben Sie eine weitere Unfallversicherung oder eine Zusatzversicherung über einen Verein, wie z. B. ÖAMTC, ÖSV, Naturfreunde, Alpenverein oder über ein Kreditkartenunternehmen?

- Ja: Nennen Sie uns bitte das Unternehmen und die Mitgliedsnummer oder Kreditkartennummer

.....

- Nein

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

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 Sie als „betroffene Person“ in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten, wie unter Punkt II, freiwillig und ausdrücklich einwilligen.

Zweck der Verarbeitung und Erfassung Ihrer Gesundheitsdaten im Rahmen des gegenständlichen Vertrages ist einerseits die Beurteilung des Versicherungsschutzes und andererseits zur Erfüllung von Obliegenheitspflichten gegenüber dem Versicherer.

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 formlos widerrufen. Dazu wenden Sie sich bitte an:

*voestalpine Insurance Broker GmbH
Stahlstraße 14
A-4020 Linz
T. +43/5030415-2524
insurance.broker@voestalpine.com*

voestalpine Insurance Broker GmbH

Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten
GISA-Zahl: 14934568
Firmenbuchnummer: 0893411
Firmenbuchgericht: Landesgericht Linz

Zudem haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch sowie auf Übertragbarkeit Ihrer Daten. Sie haben außerdem die Möglichkeit, Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu erheben, wenn Sie der Meinung sind, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet werden.

II. Einwilligungserklärungen:

1. Hiermit stimme ich ausdrücklich und freiwillig zu, dass meine Gesundheitsdaten zu den oben angegebenen Zwecken erfasst und verarbeitet werden.

2. Ebenfalls stimme ich ausdrücklich und freiwillig zu, dass die verarbeiteten Gesundheitsdaten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung an Versicherungsunternehmen, nämlich Generali Versicherung AG, Dr. Karl-Renner-Promenade 37-41, A-3100 St. Pölten, weitergegeben werden.

3. Ich habe die oben genannten Informationen verstanden und nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann und die Verarbeitung (insbesondere Speicherung, Übermittlung, etc.) meiner personenbezogenen Daten aufgrund meiner erteilten Einwilligung (Art 6 Abs 1 lit a DSGVO) erfolgt.

_____, am _____
(Ort) (Datum) (Betroffener)