

Einlaufstelle
---------------

4020 Linz, Gruberstraße 32, Telefon 057891-0, Telefax 057891-91566  
**Gesellschaftsform:** Aktiengesellschaft. **Firmensitz:** Linz. **Firmenbuch:** FN 36941a, LG Linz. **DVR:** 0029629.  
**Zuständige Aufsichtsbehörde:** FMA-Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, Tel. 01.24959-0.

## Risikofragen an die versicherte/n Person/en zum Unfallversicherungsantrag

Polizzenummer	/
---------------	---

Versicherungsnehmer/Antragsteller (Familiename, Vorname, Titel, frühere Familiennamen)		Geburtsdatum	Tel.Nr. für evt. Rückfragen
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Name hauptversicherte Person		Name mitversicherte Person	
Berufliche Tätigkeit		Berufliche Tätigkeit	
Name mitversichertes Kind 1	Name mitversichertes Kind 2	Name mitversichertes Kind 3	

Wenn aus Platzgründen erforderlich, bitte die Fragen ergänzend unter Punkt 7 bzw. auf einem Zusatzblatt beantworten.

	Versicherte Person 1	Versicherte Person 2	Kind/er
1. Haben Sie oder eine der zu versichernden Personen bei fremden Versicherungsgesellschaften oder bei der Oberösterreichischen Versicherung eine weitere Unfallversicherung beantragt oder abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
2. Wurden Unfallversicherungen vom Versicherer zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt, gekündigt oder einvernehmlich aufgelöst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
3. Haben Sie oder eine der zu versichernden Personen bereits Unfälle mit Dauerfolgen erlitten? Wenn ja, Art der Verletzung, Unfallursache und Unfallzeitpunkt? Welche Folgen bzw. Einschränkungen bestehen noch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen oder einer der zu versichernden Personen in den letzten 10 Jahren schwere Beeinträchtigungen der Gesundheit, wie z.B. Nerven-, Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen (Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Lähmungen, Tumore u. ä.), Zuckerkrankheit/Diabetes, schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Ohnmachts- oder Schwindelanfälle u. ä.), schwere psychische Erkrankungen (manisch depressive Psychosen, schizophrene oder paranoide Störungen, Suchterkrankungen mit Alkohol oder Drogen u. ä.), Knochenkrankungen (Osteoporose u. ä.), Blindheit oder Taubheit? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
4. a) Liegt eine Behinderung im Sinne des § 3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes vor? <small>(Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes kann der Versicherungsnehmer von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern die versicherte Person uns einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbringt. (z. B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz))</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
5. Betreiben Sie oder eine der zu versichernden Personen Sportarten im Rahmen von Wettbewerben oder betreiben Sie gefährliche Sportarten oder Freizeitaktivitäten, die mit Risiken verbunden sind, die über die Gefahren des täglichen Lebens hinausgehen? (z. B. Tauchen, Klettern, Kampfsportarten, Motocross, u.a.) Wenn ja, bei welchen Wettbewerben bzw. welche gefährliche Sportart/Freizeitaktivität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6. Betreiben Sie oder eine der zu versichernden Personen Sport gegen Entgelt oder werden Sie im Rahmen der österreichischen Sporthilfe gefördert oder sind Mitglied eines Nationalkaders?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

7. **Genaue Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen:**

Name	Diagnose, Behandlungsdauer von – bis	Krankenhaus / Arzt

Für Unfälle, die bei der vereinsmäßigen Ausübung einer Mannschaftssportart in den Bereichen Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Eishockey, Football oder Rugby und bei offiziellen, vom Verband oder der Dachorganisation organisierten Wettbewerben, Meisterschaften, Turnieren u. dgl. sowie beim Training entstehen, besteht Versicherungsschutz im Umfang von 75 % der versicherten Leistungen. Im Schadensfall werden daher sämtliche Leistungen um 25 % reduziert. Diese Einschränkung gilt nicht für Spieler in Nachwuchsbewerben (Versicherungsschutz ist bis U19 gegeben). Kein Versicherungsschutz besteht bei Fußball für die höchsten drei nationalen Ligen, bei Handball und Eishockey für die höchsten zwei nationalen Ligen und bei den restlichen angeführten Sportarten für die höchste nationale Liga.

### Zustimmung zur Erhebung, Erfassung und Übermittlung von Gesundheitsdaten durch den Vermittler

Ich und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Vermittler zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, die oben abgefragten personenbezogenen Gesundheitsdaten erhebt, erfasst und an den Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung dieser Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

### Datenschutz

Eine Vertragserfüllung und Schadenbearbeitung ist ohne Verarbeitung personenbezogener Daten nicht möglich. Dabei wird der Datenschutz sehr ernst genommen. Der Antragsteller wird alle am Versicherungsverhältnis beteiligten Personen informieren, wenn deren personenbezogene Daten an den Versicherer übermittelt werden. Details zum Datenschutz und zur Verwendung aller personenbezogener Daten durch den Versicherer finden Sie auf <https://www.keinesorgen.at/datenschutz>

**Gerne übermitteln wir Ihnen alle Datenschutzinformationen auch in Papierform, wenn Sie dies wünschen.**

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

(siehe auch Pkt. 15. der Allgemeinen Geschäftsbedingungen)

Ich und die zu versichernden Personen haben die Risikofragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Uns ist bekannt, dass der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern kann. Für die Richtigkeit der Angaben erklären wir uns auch dann voll verantwortlich, wenn sie nicht von uns, sondern von einer anderen Person niedergeschrieben bzw. elektronisch erfasst wurden.

### Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten bei Vertragsabschluss

Ich und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen **dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird**, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Dazu entbinden ich und die zu versichernden Personen die vorgenannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang dieser Zustimmungserklärung.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung **erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostischen Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten**, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

**Diese Zustimmung kann jederzeit unter den auf Seite 1 angeführten Kontaktdaten widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Fall des Widerrufs kann der Versicherer bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein solcher Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

**Die Zustimmung wird von mir und allen zu versichernden Personen erteilt**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(Antragstellers), bei Minderjährigen zusätzlich  
des gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der versicherten Person(en)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) mitversicherte Person(en)