

ÖSV Masters Basis Unfallversicherung + ÖSV Skibergsteiger Unfallversicherung

Die Schadensmeldung ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

Personendaten		<input type="checkbox"/> ÖSV Masters Basis Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ÖSV Skibergsteiger Unfallversicherung	Polizzenummer: 2614/000061-8 Polizzenummer: 2614/000061-8
Polizzenummer			
Versicherungsnehmer	<input type="text" value="ÖSV"/> Familienname, Vorname, Titel Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		
	<input type="text" value="6020"/> Postleitzahl	<input type="text" value="Innsbruck, Olympiastraße 10"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
Versicherte (unfallbetroffene) Person	<input type="text"/> Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr		
	<input type="text"/> Postleitzahl	<input type="text"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	<input type="text"/> E-Mail Adresse		
	<input type="text"/> Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)	<input type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.	
	<input type="text"/> Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B.: Landwirt, Schilehrer)		
	<input type="text"/> Kaderzugehörigkeit (A-Kader, Nachwuchs, Landeskader usw.)	<input type="text"/> Disziplin	
Allgemeine Angaben		<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen!	
Zeitpunkt des Unfalls	Datum	Uhrzeit	
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)			
Beschreibung des Ereignisablaufes			
Unfall passierte im Rahmen einer internationalen Veranstaltung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Anstalt?	
Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?			Bitte Aktenzahl (wenn möglich)
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wieviele?	
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wieviele?	
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsanstalt: Polizzenummer: Versicherungsnehmer:	

Zustimmungserklärung zur Datenbe-/erhebung, -verarbeitung

Ich erkläre hiermit dem Österreichischen Skiverband („ÖSV“), der KNOX Versicherungsmanagement GmbH („KNOX“), welche im Auftrag des ÖSV tätig ist, und der UNIQA Österreich Versicherungen AG („UNIQA“) sowie den jeweils damit verbundenen Unternehmen meine auf meine Versicherungsprodukte und etwaige, sich daraus ergebende, Leistungsfälle bezogene Zustimmung, personenbezogene Daten und auch Gesundheitsdaten („sensible Daten“) zu erheben, zu bearbeiten und zu verarbeiten. Dies zum Zweck der Abwicklung im Schadenfall, statistischer Erhebungen, Informationsübermittlung, Kontaktaufnahme zu den Versicherungsprodukten und zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen, detaillierten Auskünfte von Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertigen Abnützungsercheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Unterlagen (Informationen über Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung, Daten allfälliger Unfallgründe, Informationen über erbrachte Behandlungsleistungen, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer, sowie deren Beendigung und Entlassungsgründe; Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Entlassungsberichte, gerichtsmedizinische Befunde etc.), sowie Einsatz- und Behördenprotokolle. Des Weiteren ermächtige ich den ÖSV und die KNOX sowie die UNIQA und die jeweils damit verbundenen Unternehmen in alle, den jeweiligen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass die UNIQA bzw. die KNOX Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfi-

nanzierung, Kreditkartenunternehmen und bei privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht einholt.

Widerrufsfolgen

Ich wurde darüber belehrt, dass ich diese Ermächtigung jederzeit widerrufen kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben ab dem Widerrufszeitpunkt sämtliche Datenerhebungen, Datenübermittlungen und Auswertungen. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Zustimmung der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte(n) Person(en) die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln hat (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 bzw. die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die Ärzte und sonstige im Umfang dieser Zustimmungserklärung befragten Personen im Vorhinein von ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten.

E-Mail-Kommunikation

Ich bestätige hiermit, dass ich über einen regelmäßigen Zugang zum Internet und die technischen Einrichtungen verfüge E-Mails zu empfangen, dauerhaft abzuspeichern und laufend wiederzugeben.

Weiters bestätige ich, dass Zustellungen an die von mir in der Eingabemaske bekanntgegebene E-Mail-Adresse rechtswirksam sind und Fristen auslösen können.

Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

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.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten
(unfallbetroffenen) Person
eigenhändig unterzeichnen

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen)
eigenhändig unterzeichnen

Vermerk des behandelnden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Datum, Uhrzeit
Wer hat sie geleistet?	
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose).	
Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> völlige (100% ige) Arbeitsunfähigkeit → <input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit →	von <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/> von <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/>
War der/die Verletzte im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Krankenhaus
Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?	
Hat der Unfall bleibende Invaldität zur Folge? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> möglicherweise → <input type="checkbox"/> nein	Welche?

Gesundheitliche Behinderung

(vor dem Unfall) Zutreffendes bitte ankreuzen!

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw. <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein →	Bitte nähere Angaben
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogen- einfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> möglicherweise → <input type="checkbox"/> nein	In welcher Form?

Berichtshonorar überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes