

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR ÖSV MITGLIEDER UNFALLVERSICHERUNG POL.NR. 2614/000082-4

Liebes Mitglied,

um die Leistungsabwicklung so rasch wie möglich für Sie durchführen zu können, bitten wir Sie, nachstehende Punkte zu beachten:

Ausfüllen der Schadensmeldung

Bitte füllen Sie die Schadensmeldung vollständig aus. Die fertig ausgefüllte und eigenhändig unterzeichnete Schadensmeldung bitten wir Sie umgehend an den ÖSV zu übermitteln.

Abwicklung bei Einreichung von Bergungskosten

Nach Erhalt der Bergungskostenrechnung des jeweiligen Bergeunternehmens, bitten wir Sie, die **Originalrechnung samt Einsatzprotokoll** per POST an den ÖSV zu schicken. Sie müssen den Betrag nicht vorher einbezahlen, der Betrag wird direkt mit dem Bergeunternehmen verrechnet.

Abwicklung bei Einreichung von Genesungsgeld

Bitte übersenden Sie die Bestätigung des Krankenhauses über die im Krankenhaus verbrachten Tage an den ÖSV.

Abwicklung der Verlegungskosten

Nach Erhalt der Verlegungsrechnung des jeweiligen Unternehmens bitten wir Sie, die Originalrechnung an den ÖSV zu schicken.

Abwicklung bei Unfalltod

Bitte übersenden Sie eine Kopie des Totenscheines an den ÖSV.

Abwicklung bei Dauerinvalidität

Bitte übersenden Sie einen aktuellen Befundbericht Ihres Arztes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: ÖSV - Österreichischer Skiverband

Angela Fend, Tel. +43 (0)512 33501-23, E-Mail: fend@oesv.at
Mag. Tomas Woldrich, Tel. +43 (0)512 33501-21, E-Mail: woldrich@oesv.at
Olympiastraße 10, 6020 Innsbruck

EINE SCHADENSMELDUNG IST IN JEDEM FALL AUSZUFÜLLEN.

Wir sind bemüht, Ihren Leistungsfall so schnell wie möglich zu bearbeiten – bitte beachten Sie daher die wichtigen Informationen und Richtlinien.

ÖSV Mitglieder Unfallversicherung

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

| | | | |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Personendaten | | Polizzenummer: 2614/000082-4 | |
| Versicherungsnehmer | <input type="text" value="ÖSV"/> | | <input type="text"/> |
| | Familiennamen, Vorname, Titel | | Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. |
| | <input type="text" value="6020"/> | <input type="text" value="Innsbruck, Olympiastraße 10"/> | |
| | Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | |
| Versicherte (unfallbetroffene) Person | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Familiennamen, Vorname, Titel | | Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | |
| | <input type="text"/> | | |
| | E-Mail Adresse | | |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles) | | Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sozialversicherungsnummer | Landesverband | ÖSV-Kartennummer |
| Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen) | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Familiennamen, Vorname, Titel | | Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. | E-Mail Adresse | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Allgemeine Angaben | | <input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen und Felder vollständig ausfüllen! | |
| Bestehen private Unfall- oder Krankenversicherungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Versicherungsanstalt: | |
| | | Polizzenummer: | |
| | | Versicherungsnehmer: | |
| Besteht Versicherungsschutz im Rahmen von Kreditkarten, Vereinen, ÖAMTC, Clubs und dergleichen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bitte nähere Angaben | |
| Besteht eine Mitgliedschaft beim ÖAV? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mitgliedsnummer | |
| Sind Sie im Besitz des Freizeittickets? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kartennummer | |
| Sind Sie im Besitz der <input type="checkbox"/> ÖSV RaceCard <input type="checkbox"/> ÖSV Talent & Sicher <input type="checkbox"/> ÖSV Masters Basis <input type="checkbox"/> ÖSV Skibergsteiger <input type="checkbox"/> ÖSV Kaderunfallversicherung | | | |

| | |
|---|--|
| Unfall | |
| Zeitpunkt des Unfalls (Datum, Uhrzeit) | Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben) |
| Beschreibung des Ereignisablaufes | |
| Worin besteht die Verletzung? | |
| Wurde eine kostenpflichtige Bergung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein durch wen? |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Wurden die eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche Rechnungen wurden bereits von Ihnen bezahlt? | | | |
| Gab es einen stationären Aufenthalt? | | <input type="checkbox"/> ja | ➔ Aufenthaltsbestätigung beilegen! <input type="checkbox"/> nein |
| Wann und durch wen erfolgte die ärztliche Hilfe? | Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses | | Datum |
| Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten? | | | Bitte Aktenzahl (wenn möglich) |
| War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert? | <input type="checkbox"/> ja ➔ <input type="checkbox"/> nein | Welche? Wieviele? | |

Ermächtigung und Bankverbindung

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