

Schadenmeldung für Bergungs-, Rückhol-, Heilbehandlungskosten zur Pol.Nr.: 000-1894-3432

Formulár ohlásenia poisťnej udalosti v prípade záchrany, transportu a výloh na liečenie (Nr.: 000-1894-3432)

Vor- und Zuname des Betroffenen
Meno a priezvisko postihnutého

Tel.Nr.
Telefón

E-Mail
E-mail

Ständige Wohnadresse
Adresa trvalého bydliska

Geburtsdatum
Dátum narodenia

Beruf
Povolanie

ÖAV-Mitgliedsnummer
ÖeAV - členské číslo

Datum des Ereignisses
Dátum vzniku poisťnej udalosti

Uhrzeit
Hodina

Genaue Ortsangabe (Gebiet; Region; Staat)
Presné udanie miesta (geografická oblasť, region, štát)

Ausführliche Hergangsschilderung:
Presný popis udalosti:

Bei Bergungen/Suchaktionen: Wer verständigte die Bergrettung/Hubschrauber
Durch welche Organisation erfolgte die Bergung? (Hubschrauber?)
Pri záchrane/pátracích akciách: Kto privolal záchranný tím/vrtulník?
Prostřednictvím které organizace sa uskutočnila záchranná akcia/vrtulník?

Art der Verletzung / Krankheit?
Druh zranenia/choroby?

Bei welcher Krankenkasse ist der Betroffene versichert oder mitversichert?
Meno a adresa zdravotnej poisťovne, v ktorej je postihnutý poistený alebo spolupoistený?

Besteht eine private Krankenversicherung?
Existuje iné komerčné zdravotné poistenie?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?
Ak áno, aké?

Versicherungsunternehmen
Názov poisťovacej spoločnosti

Polizzennummer
Číslo poistenia

Besteht eine private Unfallversicherung?
Existuje iné komerčné úrazové poistenie?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?
Ak áno, aké?

Versicherungsunternehmen
Názov poisťovacej spoločnosti

Polizzennummer
Číslo poistenia

Welche Gendarmerie- (Polizei-) oder Rettungsdienststelle hat den Vorfall aufgenommen?
Ktorá policajná stanica alebo miestna záchranná služba prípad zaznamenala?

Ist der Betroffene (bitte unbedingt ausfüllen!)

Poistenec je: (prosím vyplňte!)

a) Mitglied oder Förderer der Bergrettung?
Člen alebo pomocný člen záchrannej služby?

☐ Ja ☐ Nein

b) Mitglied bei ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC-Schutzbrief, ARBÖ udgl.? ☐ Ja ☐ Nein
Člen ÖSV (Rakúskej lyžiarskej federácie),
Naturfreunde (člen spolku priateľov prírody), a pod...

Verein und Mitgliedsnummer hier anführen

c) Im Besitz von Kreditkarten? ☐ Ja ☐ Nein
Vlastník kreditnej karty?

Kartennummer

Karte (z.B: Visa, Mastercard)

d) Im Besitz der Skiliftkarte "Freizeit Ticket Tirol"? ☐ Ja ☐ Nein
Vlastník lyžiarskej karty "Tirolský voľný lístok"?

Kartennummer

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung für den Leistungsfall bekannt:

Prosím uveďte svoj bankový účet pre dotovanie prípadu

IBAN:

BIC

Name und Adresse der Bank **Meno a adresa banky**

Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall

Ich erkläre hiermit der Generali Versicherung AG bzw. der KNOX Versicherungsmanagement GmbH meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungsercheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (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; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.

Des Weiteren ermächtige ich die Generali Versicherung AG bzw. die KNOX Versicherungsmanagement GmbH in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, beste-

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.

hende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Widerrufsfolgen

Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln 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 beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

Ort und Datum
Miesto a dátum

Unterschrift
Podpis

Tento ohlasovací formulár pošlite prosíma na:

Diese Schadenmeldung senden Sie bitte an: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Bundesstraße 23, 6063 Rum**

Österreichischer Alpenverein
Olympiastraße 37
A-6020 Innsbruck
Tel.: +43/(0)512/59547
Fax: +43/(0)512/59547-50
office@alpenverein.at

KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A-6063 Rum
Tel.: +43/(0)512/238300
Fax: +43/(0)512/238300-15
av-service@knox.co.at

Generali Versicherung AG
Landskrongasse 1-3
A-1010 Wien
Tel.: +43/(0)1/53401-0
Fax: +43/(0)1/5320949-11011
office.at@generali.com