

ÖSV Mitglieder Haftpflichtversicherung

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

Personendaten		Polizzenummer: <input type="text" value="2144/119168-7"/>	
Versicherungsnehmer	<input type="text" value="ÖSV"/> Familiennamen, Vorname, Titel		<input type="text"/> 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"/> Familiennamen, Vorname, Titel		<input type="text"/> 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.
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)	<input type="text"/> Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> Landesverband	<input type="text"/> ÖSV-Kartennummer
	<input type="text"/> Familiennamen, Vorname, Titel		<input type="text"/> Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	<input type="text"/> Postleitzahl	<input type="text"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	<input type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		<input type="text"/> E-Mail Adresse
	Allgemeine Angaben		
	Zeitpunkt des Unfalls		<input type="text"/> Datum
<input type="text"/> vermutliche Schadenshöhe			
Bei Personenschaden			
<input type="text"/> Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten Person			
<input type="text"/> Art der Verletzung			
Bei Sachschaden			
<input type="text"/> Name, Anschrift und Tel.-Nr. der geschädigten Person			
<input type="text"/> Beschädigte Sachen, Tiere		<input type="text"/> Alter	<input type="text"/> Anschaffungspreis in EUR
<input type="text"/> Wo ist die Besichtigung der beschädigten Sachen derzeit möglich?			

War die beschädigte Sache zur: Bearbeitung Reparatur mietweisen Benützung
 Beförderung Verwahrung
 einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit?

In welchen Verhältnis standen die Geschädigten zu Ihnen bzw. zum Verursacher?
 Lohn- oder Dienstverhältnis Familien- oder Hausgemeinschaft

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Verursacher verwandt oder verschwägert?
 ja → Ehegatte Eltern Schwiegereltern Großeltern Kinder
 nein Schwiegerkinder Enkel Geschwister Adoptiv- Pflege-
 Stiefkinder Eheg. d. Geschw. deren Kinder Geschw. d. Eheg. Lebensgefährte

Wer hat den Schaden verursacht? → Name, Anschrift, Tel.Nr., Geb.-Datum:

Ist dieser einer Ihrer Dienstnehmer? ja nein

Ist dieser einer Ihrer Familienangehörigen? ja nein

Worin liegt das Verschulden Grund

Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden? ja → Warum?
 nein

Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können? ja → Wie?
 nein

Sind seitens der Geschädigten oder von anderer Seite Schadensersatzansprüche an Sie gestellt worden?
 ja → In welcher Höhe? EUR
 nein

Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden?
 ja nein → Warum nicht?

Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert? ja → bei..... Pol.Nr.
 nein

Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft)
 ja → bei..... Pol.Nr.
 nein

Von welcher Gendarmerie- oder Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?
Ist ein behördliches Verfahren anhängig? ja → gegen wen?
 nein Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)

Zeugen des Schadensereignisses? → Name, Anschrift, Tel.-Nr.

Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen? an Versicherungsnehm. (w.o.) Rep.-Firma (lt. Rechnung) Geschädigt.
oder an Name, Anschrift

Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) IBAN BIC

Ich (wir) ermächtige(n) Herrn/Frau im Auftrage des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen, sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe(n).

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten
(unfallbetroffenen) Person
eigenhändig unterzeichnen

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen)
eigenhändig unterzeichnen

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, krankheitswertige Abnützungserscheinungen, 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