

ÖSV Mitglieder Rechtsschutzversicherung

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

Personendaten	Polizzenummer: <input style="width: 100px;" type="text" value="2224/000945-0"/>	
Versicherungsnehmer	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="ÖSV"/> Familiennamen, Vorname, Titel	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input style="width: 50px;" type="text" value="6020"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="Innsbruck, Olympiastraße 10"/> Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
Versicherte (unfallbetroffene) Person	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Familiennamen, Vorname, Titel	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> E-Mail Adresse	
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Familiennamen, Vorname, Titel	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ÖSV-Kartennummer
	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> Sozialversicherungsnummer Landesverband	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Familiennamen, Vorname, Titel	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	
	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. E-Mail Adresse	

Allgemeine Angaben		<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen!	
Zeitpunkt des Unfalls	Datum	Uhrzeit	
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)			
Wurde ein Protokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja → von wem? <input type="checkbox"/> nein	Behörde (Polizeidienststelle)	
Wurde ein Strafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja → gegen wen? <input type="checkbox"/> nein	Name, Anschrift, Tel.-Nr.	
	→ von wem?	Behörde (Gericht), Datum der Zustellung, Geschäftszahl, Grund	
	→ wann hat wer den Einspruch Erhoben?	Datum, Name, Anschrift, Tel.-Nr.	

Wichtig! Ein Einspruch muss zur Vermeidung der Rechtskraft vom Beschuldigten selbst innerhalb der gesetzlichen Frist (lt. Rechtsmittelbelehrung) erhoben werden.

Besitzen Sie eine Privat-Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsanstalt: Polizzenummer: Versicherungsnehmer:
Haben Sie in obiger Angelegenheit selbst schon einen Anwalt bezogen?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	Name, Anschrift, Tel.-Nr.

Beschreibung des Ereignisablaufes

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 be- kanntgegebene E-Mail-Adresse rechtswirksam sind und Fristen auslösen können.

Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

Ich beantrage Deckung für:

Strafrechtsschutz Beratungsrechtsschutz

Im Zusammenhang mit Unfällen bei der Ausübung von Ski- und Snowboard Sportarten sowie bei Vereinstätigkeiten.

Ich (wir) ermächtige(n) Herrn/Frau _____ im Auftrag 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).

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

Bitte nicht vergessen zu unterschreiben

Unterschrift der versicherten
(unfallbetroffenen) Person
eigenhändig unterzeichnen

Bitte nicht vergessen zu unterschreiben

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen)
eigenhändig unterzeichnen