

Vermittlung und Betreuung durch /  
Agency and support by:  
KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstrasse 33  
6020 Innsbruck  
Tel.: +43 512 238300  
E-Mail: [cyclingaustria@sichermitknox.com](mailto:cyclingaustria@sichermitknox.com)

## Unfallmeldung / Accident report

ÖRV Gruppenversicherung /  
ÖRV group insurance

<b>Vertragsnummer / Policy Number:</b>		
<b>Leistungsnummer / Claim number:</b>		
<b>Versicherungsnehmer / Policyholder:</b>		
<b>Mitgliedsnummer ÖRV / Membership number ÖRV:</b>		
<b>Name des Verletzten / Name of the injured:</b> Titel / title		Vorname / first name
Familiename / surname		
Straße / street		Hausnr. / house no. Stiege/Stock/Tür staircase/floor/door
Land / country	PLZ / ZIP Code	Ort / place
<b>Geburtsdatum / birth date:</b>		<b>Beruf / Profession:</b> (derzeitige Tätigkeiten / current activities)
<b>Tel-Nr. / tel no.:</b>		<b>E-Mail-Adresse / e-mail address:</b>

Zutreffendes bitte ankreuzen / Please check the relevant box

Unfalldatum / Date of accident: _____	An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall? / At what location or in what room did the accident occur? _____	
Uhrzeit / Time: _____	_____	
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall / Traffic accident:	<input type="checkbox"/> als Lenker, Führerschein Nr. / as driver, driving license no.: _____	Gruppe / group: _____ Ausstellende Behörde / Issuing authority: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Occupational accident	<input type="checkbox"/> als Beifahrer / as a passenger	Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor? / In your opinion, is there third party debt? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Freizeitunfall / Leisure accident	ja / yes nein / no	
Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen? / Did the accident occur during a sport from which you receive income?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	
Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen? / Did the accident occur under the influence of alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	
Ereignete sich der Unfall im Rahmen des versicherten Sportpaketes? / Did the accident occur as part of the insured sports package?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	
Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)? / Was the accident recorded by an official body (police, court)?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Von / From _____	

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!) /  
Please describe the exact course of the accident (if there is not enough space, please continue on a separate sheet!):

Durch wen wurde erstmals ärztliche Hilfe geleistet? / Who first provided medical help?	_____	Wann? / When? _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Name and address of the treating doctor:	_____	
Ambulante Behandlung im Krankenhaus / Outpatient treatment in hospital:	_____	von / from _____ bis / to _____
Stationäre Behandlung im Krankenhaus / Inpatient treatment in hospital:	_____	von / from _____ bis / to _____

Unfallbedingter Krankenstand / Accident-related sick leave:	_____	von / from _____ bis / to _____
Arbeitsunfähigkeit (infolge unfallbedingten Krankenstandes) / Inability to work (as a result of sick leave due to an accident):	_____	von / from _____ bis / to _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? /  
*Which health insurance company are you compulsorily insured with?* \_\_\_\_\_  
ja / yes nein / no

Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt? /  
*Have you applied for a disability pension from a social security institution?*  J  N Von welcher? /  
*Which one?* \_\_\_\_\_

Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen,  
Reiseversicherungen oder Kreditkarten mit Versicherungsschutz? /  
*Exists with other companies, life, health or accident insurance, Travel insurance or  
credit cards with insurance coverage?*  J  N

Art / Kind: \_\_\_\_\_ Anstalt /  
*Institution:* \_\_\_\_\_

**Überweisung der Versicherungsleistung auf Girokonto lautend auf /**  
*Transfer of the insurance benefit to a checking account* \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ Geburtsdatum / *birth date* \_\_\_\_\_

**Bitte in Kopie beilegen (wenn vorhanden):** medizinische Behandlungsunterlagen (z.B.: Ambulanzkarte, Arztbrief, Entlassungsbefunde, Krankenhausaufenthaltsbestätigung, etc.)  
**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben zum Versicherungsfall. /**  
***Please enclose a copy (if available): Medical treatment documents (e.g.: ambulance card, doctor's letter, discharge reports, hospital stay confirmation, etc.)***  
***With my signature, I confirm the completeness and accuracy of my information regarding the insured event.***

\_\_\_\_\_  
Datum / *Date*

\_\_\_\_\_  
Berater / *Agency*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw.  
Anspruchstellers /  
*Signature of the insured person or  
claimant*

An die

**Wüstenrot Versicherungs-AG**

Alpenstraße 70

5020 Salzburg

<b>Vertragsnummer / Policy Number:</b>	
<b>Leistungsnummer / Claim number:</b>	
<b>Name des Verletzten / Name of the injured:</b> Titel / title	Vorname / first name
Familiennamenname / surname	
<b>Geburtsdatum / birth date:</b>	
<b>Unfalldatum / date of accident:</b>	

**Zustimmungserklärung und Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht /*****Declaration of consent and release from professional confidentiality***

**Ich stimme ausdrücklich zu**, dass die Wüstenrot Versicherungs-AG /  
***I expressly agree that Wüstenrot Versicherungs-AG***

zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen / *to assess and fulfill claims from a specific insured event and to review treatment services provided*

- personenbezogene Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer oder Behandlung einholen darf (Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen). Davon umfasst sind insbesondere Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder –beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Labor- und Blutbefunde inkl. Blutalkohol. / *may obtain personal health data through information from examining or treating doctors, hospitals or other health care or health care facilities about the diagnosis as well as the type and duration or treatment (information about previous, existing illnesses, illnesses, consequences of accidents and ailments that occur before the end of the insurance cover). This includes in particular data on the reason for inpatient admission or outpatient treatment, any reasons for the accident, the treatment service provided, the length of stay and treatment as well as the discharge or termination of treatment; such as anamnesis and status sheet, fever curve with infusion plan, diagnostic findings, operation report, medical progress report, anesthesia protocol, nursing report, discharge report, forensic medical findings, laboratory and blood findings including blood alcohol.*
- Einsicht in alle den Versicherungsfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) nehmen darf. / *may inspect all files from authorities (police, court, etc.) relating to the insured event.*

Im Falle einer Einholung dieser Informationen werde ich durch die Wüstenrot Versicherungs-AG 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung, über deren Zweck und über deren konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann ich binnen einer 14-tägigen Frist widersprechen.

Allerdings besteht für mich die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Dieses muss ich der Wüstenrot Versicherungs-AG in geschriebener Form mitteilen. Ich nehme dabei zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. /

*If this information is obtained, Wüstenrot Versicherungs-AG will inform me 14 days in advance about the intended data collection, its purpose and its specific extent. I can object to this data collection within 14 days. However, I have the option of agreeing to data collection on a case-by-case basis. I must inform Wüstenrot Versicherungs-AG of this in written form. I note that this may lead to delays in the assessment of the benefit case.*

**Im Falle meines Widerspruchs oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall bin ich verpflichtet, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG benötigten Unterlagen in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen werden Leistungsansprüche nicht fällig. / *In the event of my objection or refusal of consent in individual cases, I am obliged to provide all of the documents required by Wüstenrot Versicherungs-AG myself. Benefit claims are not due until all required documents have been received.***

- Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen einholen kann. / *can obtain information about personal insurance policies applied for, existing or terminated at the time of the insured event from social insurance providers, public health financing funds and private insurance companies.*

**Ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht. / *I release the respondents in advance from their medical and other professional confidentiality obligations in each case.***

**Ich habe das Recht, meine Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht und meine Zustimmung jederzeit über [office@wuestenrot.at](mailto:office@wuestenrot.at) zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt von diesem unberührt. Nähere Informationen zum Datenschutz finde ich unter [www.wuestenrot.at/datenschutz](http://www.wuestenrot.at/datenschutz). / *I have the right to revoke my release of doctors from professional confidentiality and my consent at any time via [office@wuestenrot.at](mailto:office@wuestenrot.at). The lawfulness of processing until receipt of the revocation remains unaffected. You can find more information about data protection at [www.wuestenrot.at/datenschutz](http://www.wuestenrot.at/datenschutz).***

---

Datum / Date

---

Unterschrift des Anspruchstellers / *Signature of the claimant*