

An die

Wüstenrot Versicherungs-AG

Alpenstraße 70

5020 Salzburg

Unfallmeldung

ÖRV Gruppenversicherung

Vertragsnummer:		
Leistungsnummer:		
Versicherungsnehmer: Österreichischer Radsportverband (ÖRV), Gadnergasse 69, 1110 Wien		
Name des Verletzten: Titel		Vorname
Familiennamen		
Straße		Hausnr. Stiege/Stock/Tür
Land	PLZ	Ort
Geburtsdatum:		Beruf: (derzeitige Tätigkeiten)
Tel-Nr.:		E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Unfalldatum: _____	An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?	
Uhrzeit: _____		
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall:	<input type="checkbox"/> als Lenker, Führerschein Nr.: _____	Gruppe: _____
	<input type="checkbox"/> als Beifahrer	Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor?
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	
Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Ereignete sich der Unfall im Rahmen des versicherten Sportpaketes?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
		Von welcher? _____

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

Durch wen wurde erstmals ärztliche Hilfe geleistet? _____	Wann? _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____	
Ambulante Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____
Stationäre Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____

Unfallbedingter Krankenstand: _____	von _____ bis _____
Arbeitsunfähigkeit (infolge unfallbedingten Krankenstandes): _____	von _____ bis _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen, Reiseversicherungen oder Kreditkarten mit Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N
Art: _____	Anstalt: _____	

<input type="checkbox"/> Überweisung der Versicherungsleistung auf Girokonto lautend auf _____

IBAN _____ BIC _____ Geburtsdatum _____

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.

_____ Datum

_____ Berater

_____ Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

An die
Wüstenrot Versicherungs-AG
 Alpenstraße 70
 5020 Salzburg

Vertragsnummer:	
Leistungsnummer.:	
Name des Verletzten: Titel	Vorname
Familienname	
Geburtsdatum:	
Unfalldatum:	

Zustimmungserklärung und Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Wüstenrot Versicherungs-AG

zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen

- 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.
- Einsicht in alle den Versicherungsfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) nehmen darf.

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.

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.

- Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen einholen kann.

Ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.

Ich habe das Recht, meine Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht und meine Zustimmung jederzeit über 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.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Anspruchstellers