

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR ÖRV-Lizenz- Unfallversicherung POL.NR. 2614/000598-9

Liebe Sportler*Innen,

um die Leistungsabwicklung so rasch wie möglich für Sie durchführen zu können, bitten wir Sie, nachstehende Punkte zu beachten:

Ausfüllen der Schadensmeldung

Bitte füllen Sie die Schadensmeldung vollständig aus. Die fertig ausgefüllte und eigenhändig unterzeichnete Schadensmeldung bitten wir Sie umgehend ausschließlich an den ÖRV zu übermitteln.

Abwicklung bei Einreichung von Bergungskosten

Nach Erhalt der Bergkostenrechnung des jeweiligen Bergeunternehmens, bitten wir Sie, die **Rechnung samt Einsatzprotokoll (wenn vorhanden)** an den ÖRV zu schicken. Sie müssen den Betrag nicht vorher einbezahlen, der Betrag kann direkt mit dem Bergkostenunternehmen verrechnet werden.

Abwicklung bei Unfalltod

Bitte übersenden Sie eine Kopie des Totenscheines an den ÖRV.

Abwicklung im Ausland

Die Behandlungskosten im Ausland bzw. die Rückholungskosten aus dem Ausland müssen über die Vertragsorganisation TAA (Tyrol Air Ambulance) organisiert werden, um den Kostenersatz in voller Höhe gewährleisten zu können. Die Verrechnung wird bei stationären Kosten bzw. Rückholkosten direkt mit der Versicherung verrechnet. Ambulante Kosten müssen hingegen vorab geleistet werden und können im Zuge der Schadenmeldung eingereicht werden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte
an: ÖRV- Radsportverband

Cycling Austria – ÖRV
Gadnergasse 69
1110 Wien
Tel: +43 1 7681691 E-Mail: office@radsportverband.at

KNOX Versicherungsmanagement GmbH,
Resselstrasse 33
6020 Innsbruck
Tel: +43 (0)512/238200, E-Mail: cyclingaustria@sichermitknox.com

EINE SCHADENSMELDUNG IST bei JEDEM UNFALL AUSZUFÜLLEN.

Wir sind bemüht, Ihren Leistungsfall so schnell wie möglich zu bearbeiten – bitte beachten Sie daher die wichtigen Informationen und Richtlinien.

ÖRV-Lizenznehmer (UCI) UNFALLVERSICHERUNG

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

Personendaten																																															
	Polizznummer: <input type="text" value="2614/000598-9"/>																																														
Versicherungsnehmer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><input type="text" value="ÖRV"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="text" value="+43 1 7681691"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Familienname, Vorname, Titel</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="1110"/></td> <td><input type="text" value="Wien, Gadnergasse 69"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</td> </tr> </table>	<input type="text" value="ÖRV"/>	<input type="text" value="+43 1 7681691"/>	Familienname, Vorname, Titel		<input type="text" value="1110"/>	<input type="text" value="Wien, Gadnergasse 69"/>	Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür																																							
<input type="text" value="ÖRV"/>	<input type="text" value="+43 1 7681691"/>																																														
Familienname, Vorname, Titel																																															
<input type="text" value="1110"/>	<input type="text" value="Wien, Gadnergasse 69"/>																																														
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür																																															
Versicherte (unfallbetroffene) Person	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Familienname, Vorname, Titel</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-Mail Adresse</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sozialversicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art der Lizenz</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Schule und Klasse</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Familienname, Vorname, Titel</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-Mail Adresse</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		<input type="text"/>		E-Mail Adresse		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)		Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer		Art der Lizenz		<input type="text"/>		Schule und Klasse		<input type="text"/>		Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		E-Mail Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Familienname, Vorname, Titel																																															
Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür																																															
<input type="text"/>																																															
E-Mail Adresse																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)																																															
Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Sozialversicherungsnummer																																															
Art der Lizenz																																															
<input type="text"/>																																															
Schule und Klasse																																															
<input type="text"/>																																															
Familienname, Vorname, Titel																																															
Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.																																															
E-Mail Adresse																																															
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Familienname, Vorname, Titel</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-Mail Adresse</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.		E-Mail Adresse																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Familienname, Vorname, Titel																																															
Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür																																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.																																															
E-Mail Adresse																																															
AllgemeineAngabe																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen und Felder vollständig ausfüllen!																																															
Bestehen private Unfall- oder Krankenversicherungen?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 40%;">Versicherungsanstalt und Pol. Nummer:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Versicherungsnehmer:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Versicherungsanstalt und Pol. Nummer:			Versicherungsnehmer:																																								
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Versicherungsanstalt und Pol. Nummer:																																													
		Versicherungsnehmer:																																													
Besteht Versicherungsschutz im Rahmen von Kreditkarten, Vereinen, ÖAMTC, Clubs und dergleichen?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 40%;">Bitte nähere Angaben zum Verein!</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bitte nähere Angaben zum Verein!																																											
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bitte nähere Angaben zum Verein!																																													
Besteht eine Mitgliedschaft z.B. ÖAV?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 40%;">Mitgliedsnummer Kartennummer</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitgliedsnummer Kartennummer																																											
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitgliedsnummer Kartennummer																																													
Sind Sie im Besitz des Freizeittickets?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																												
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																														
Unfall																																															
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)																																															
Zeitpunkt des Unfalls (Datum, Uhrzeit)																																															
Beschreibung des Ereignisablaufes																																															
Worin besteht die Verletzung?																																															
Wurde eine kostenpflichtige Bergung durchgeführt?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 40%;">durch wen?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	durch wen?																																											
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	durch wen?																																													

Wurden die eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Rechnungen wurden bereits von Ihnen bezahlt?			
Gab es einen stationären Aufenthalt?		<input type="checkbox"/> ja	→ Aufenthaltsbestätigung beilegen!
		<input type="checkbox"/> nein	
Wann und durch wen erfolgte die ärztliche Hilfe?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses		Datum
Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?			Bitte Aktenzahl (wenn möglich)
War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wieviele?	

Ermächtigung und Bankdetails

Zustimmungserklärung zur Datenbe-/erhebung, -verarbeitung
 Ich erkläre hiermit dem Österreichischen Skiverband („ÖRV“), der KNOX Versicherungsmanagement GmbH („KNOX“), welche im Auftrag des ÖRV 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, krankheitswertigen Abnützungerscheinungen, 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 ÖRV 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

<input type="text"/>	Bitte nicht vergessen zu unterschreiben!	Bitte nicht vergessen zu unterschreiben!
Ort, Datum	Unterschrift der versicherten (unfallbetroffenen) Person eigenhändig unterzeichnen	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bei Minderjährigen) eigenhändig unterzeichnen