WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR ÖRV-Lizenz- Unfallversicherung (international)

POL.NR. 2614/000583-1

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 Bergekostenrechnung 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 Bergekostenunternehmen 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)512/23820050, 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 (international) UNFALLVERSICHERUNG

Die Schadensmeldung ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten

(§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

Personendaten

Polizzennummer: 2614/000583-1

Versicherungsnehmer

ÖRV
Familienname, Vorname, Titel

+43 1 7681691
Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

1110
Postleitzahl

Wien, Gadnergasse 69
Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte (unfallbetroffene) Person

Familienname, Vorname, Titel

Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr

Postleitzahl

Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

E-Mail Adresse

Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)

Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

Sozialversicherungsnummer

Art der Lizenz

Schule und Klasse

Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Familienname, Vorname, Titel

Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr

Postleitzahl

Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

E-Mail Adresse

AllgemeineAngabe

[X] Zutreffendes bitte ankreuzen und Felder vollständig ausfüllen!

Bestehen private Unfall- oder Krankenversicherungen?	[ ] ja [ ] nein	**Versicherungsanstalt und Pol. Nummer:** **Versicherungsnehmer:**
Besteht Versicherungsschutz im Rahmen von Kreditkarten, Vereinen, ÖAMTC,Clubs und dergleichen?	[ ] ja [ ] nein	Bitte nähere Angaben zum Verein!
Besteht eine Mitgliedschaft z.B. ÖAV?	[ ] ja [ ] nein	Mitgliedsnummer Kartennummer
Sind Sie im Besitz des Freizeittickets?	[ ] ja [ ] nein	

Unfall

Zeitpunkt des Unfalls (Datum, Uhrzeit)	Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)
Beschreibung des Ereignisablaufes	
Worin besteht die Verletzung?	
Wurde eine kostenpflichtige Bergung durchgeführt? [ ] ja [ ] nein	durch wen?

Wurden die eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt?	☐ ja ☐ nein	
Wenn ja, welche Rechnungen wurden bereits von Ihnen bezahlt?		
Gab es einen stationären Aufenthalt? ☐ ja → Aufenthaltsbestätigung beilegen! ☐ 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)? ☐ ja ☐ nein		
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert?	☐ ja → ☐ nein	Welche? Wieviele?

Ermächtigung und Bankdetails

Zustimmungserklärung zur Datenbe-/-erhebung, -verarbeitung
Ich erkläre hiermit dem Österreichischen Radverband („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 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 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 Gesundheitsfinanzierung, 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.

	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**