

## Schadensmeldung zur Kollektivunfallversicherung für Athleten des Kletterverbands Österreich

### Wichtige Zusatzinformationen zur Schadensmeldung für Bergungskosten sowie im Ausland entstandene Rückhol- und Heilbehandlungskosten.

Für eine zügige Schadensabwicklung bitten wir um Beachtung der nachstehenden Punkte:

#### Ausfüllen der Schadensmeldung

Bitte füllen Sie die erste Seite der Schadensmeldung aus, unterschreiben die zweite Seite und lassen die dritte Seite von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen.

#### Bestand weiterer Versicherungen

Damit wir den Versicherungsschutz des Kletterverbandes Österreich in dieser Form und zu diesen Konditionen aufrechterhalten können, sind wir bemüht, Kostensenkungen über Mitversicherungen abzuklären. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe!

Bitte geben Sie uns daher folgende Informationen/Daten bekannt:

Bestehende private Versicherungen für Krankheit oder Unfall, Mitgliedschaften bei ÖAV, Naturfreunde, ÖAMTC, ARBÖ und dergleichen sowie Kreditkarten und Kreditkartennummer.

Sollten keine privaten Versicherungen, wie oben angeführt, bestehen, bitten wir Sie die betreffenden Fragen mit „Nein“ zu beantworten.

#### Einreichen von Bergekostenrechnungen

- Bergekostenrechnungen im Original mit allfälligen Einsatzberichten **per Post** zusenden.  
**Es werden ausschließlich Originale akzeptiert.**
- Diese Rechnungen nicht einbezahlen, wir bitten Sie diese an uns im Original **per Post** weiterzuleiten.
- Bei Erhalt von Mahnungen auch diese umgehend weiterleiten!
- Bei Besitz der Skiliftkarte "Freizeitticket Tirol" eine Kopie des Tickets beilegen.

#### Einreichen von ambulanten medizinischen Heilbehandlungskosten sowie Transportkosten

- Originalrechnungen / Originalhonorarnoten zunächst beim Sozialversicherer einreichen.  
Nach Erhalt der Vergütung durch den Sozialversicherer den Vergütungsnachweis samt Kopie der Rechnung / Honorarnote übermitteln. Der Kostenersatz kann nur unter Vorlage eines Leistungsschreibens (auch Ablehnung) Ihrer Sozialversicherung erfolgen.
- Bitte teilen Sie uns mit, welche der eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt wurden bzw. noch offen sind.

#### Schadensmeldung mit sämtlichen Unterlagen senden an:

**KNOX Versicherungsmanagement GmbH**

**Resselstraße 33**

**A-6020 Innsbruck**

**Tel.: +43 (0) 512 238300-80**

**Fax: +43 (0) 238300-15**

**E-Mail: [kvoe-service@knox.co.at](mailto:kvoe-service@knox.co.at)**

## Schadensmeldung zur Kollektivunfallversicherung für Athleten des Kletterverbandes Österreich Pol.Nr.: 171-2440-3733

Vor- und Zuname des Betroffenen

Tel. Nr.

Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)

E-Mail

Wohnadresse

Geburtsdatum

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall:

Beruf (einschließlich Weg)  Verkehr

Training  Wettkampf  Freizeit

im häuslichen Bereich  Sonstiges

arbeitsunfähig

Ja  Nein

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)

Zeugen (Name, Anschrift, Telefon)

Genaue Ortsangabe (Gebiet, Region, Staat) bei unwegsamem Gelände Angabe der Koordinaten

Genaues Reisedatum (bei einer Auslandsreise)

**Ausführliche Hergangsschilderung (bitte unbedingt ausfüllen, da ohne Hergangsschilderung keine weitere Bearbeitung erfolgen kann)**

Behandelnder Arzt (Name, Anschrift)

Von welchem Arzt (Krankenhaus) wurde Erste Hilfe geleistet?

Bei stationärer Behandlung Angabe des Krankenhauses

Behandlung von - bis

Besteht eine private Krankenversicherung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Versicherungsunternehmen

Polizzenummer

Besteht eine private Unfallversicherung?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Versicherungsunternehmen

Polizzenummer

Welche Polizei- oder Rettungsdienststelle hat den Vorfall aufgenommen?

Genauere Angabe (ärztliche Diagnose) der durch den Unfall erlittenen Verletzungen

Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben?

Ja  Nein

Haben Sie Verletzungen, die nicht durch den Unfall verursacht wurden?

Ja  Nein

War die versicherte Person vor diesem Unfall bereits Invalid oder mit einem Gebrechen behaftet?

Ja  Nein

Wurden die eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Rechnungen wurden bereits von Ihnen bezahlt?

**Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung für den Leistungsfall bekannt:**

IBAN:

BIC:

Name und Adresse der Bank

#### Zustimmungserklärung zur Datenerhebung, Datenbe-/verarbeitung

Ich erkläre hiermit der Generali Versicherung AG und der KNOX Versicherungsmanagement GmbH und den jeweils damit verbundenen Unternehmen meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur Erhebung, Be- und Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten („Sensible Daten“). Dies zum Zweck der Abwicklung des Schadenfalls, statistischer Erhebungen und zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

#### Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen detaillierten Auskünfte von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungsercheinungen, 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 die Generali Versicherung AG und die KNOX Versicherungsmanagement GmbH und die jeweils damit verbundenen Unternehmen in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass zur Beurteilung der Leistungspflicht der Versicherer bei Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und bei privaten Versicherungsunternehmen über, zum Zeitpunkt des

Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen Informationen (z.B.: im Hinblick auf Doppelversicherungen) im notwendigen Ausmaß einholt.

#### Widerrufsfolgen

Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden 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 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 o.a. Befragten im Umfang dieser Zustimmungserklärung im Vorhinein von ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und diese Schadensmeldung richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für diese Schadensmeldung und den Versicherungsfall geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort und Datum

Unterschrift (eigenhändig unterzeichnen)

Diese Schadensmeldung senden Sie bitte an: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Resselstraße 33, A-6020 Innsbruck**

KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstraße 33  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0) 512 238300-80  
Fax: +43 (0) 512 238300-15  
kvoe-service@knox.co.at

Generali Versicherung AG  
Landskrongasse 1-3  
A-1010 Wien  
Tel.: +43 (0) 1 53401-0  
Fax: +43 (0) 1 5320949-11011  
office.at@generali.com

Kletterverband Österreich  
Matthias-Schmid-Straße 12E  
A-6020 Innsbruck  
Tel. +43 (0) 512 552320  
Fax +43 (0) 512 552320-25  
Mail: office@austriaclimbing.com

## Ärztlicher Bericht

---

Verletzte/Verletzter (Name und Anschrift)

Geburtsdatum

---

Diagnose

Arbeitsunfähigkeit

Krankenhausaufenthalt

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

---

Angabe des Krankenhauses

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstraße 33  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0) 512 238300-80  
Fax: +43 (0) 512 238300-15  
kvoe-service@knox.co.at

Generali Versicherung AG  
Landskroningasse 1-3  
A-1010 Wien  
Tel.: +43 (0) 1 53401-0  
Fax: +43 (0) 1 5320949-11011  
office.at@generali.com

Kletterverband Österreich  
Matthias-Schmid-Straße 12E  
A-6020 Innsbruck  
Tel. +43 (0) 512 552320  
Fax +43 (0) 512 552320-25  
Mail: office@austriaclimbing.com