



## Schadensmeldung Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz

Polizzen-Nr. \_\_\_\_\_

Herr  Frau

\_\_\_\_\_  
Vorname des Betroffenen

\_\_\_\_\_  
Zuname des Betroffenen

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße / PLZ / Ort / Land

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

ÖAV-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Zweck der Reise  privat  beruflich  sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Reisebeginn

\_\_\_\_\_  
Reiseende

\_\_\_\_\_  
Reiseziel

Wodurch entstanden Kosten?

Spitalsaufenthalt  Heimtransport  Bergung - durch wen? \_\_\_\_\_

ambulante Behandlung  Invalidität  anderer Grund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Höhe der entstandenen Kosten

\_\_\_\_\_  
Diagnose

Wann und wo ist das Ereignis eingetreten? Datum / Ort / Land (Bitte genaue Beschreibung!)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sachverhaltsdarstellung (bitte zusätzliches Blatt beilegen, wenn der Platz nicht ausreicht)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genaue Dokumentation/Verlauf ihrer Tour (bitte zusätzliches Blatt beilegen, wenn der Platz nicht ausreicht)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dauert die ärztliche Behandlung noch an?  Nein  Ja - \_\_\_\_\_

Name/Adresse des Arztes/Krankenhauses \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse sind Sie sozialversichert? Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine:

Polizzen-Nr. \_\_\_\_\_

Name der Gesellschaft \_\_\_\_\_

Private Kranken-/Unfallversicherung  Nein  Ja - \_\_\_\_\_

Sonstige Reiseversicherung  Nein  Ja - \_\_\_\_\_

ARBÖ-Versicherung, ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC-Schutzbrief  Nein  Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Verein

Mitgliedsnummer

Besitzen Sie eine Kreditkarte?  Nein  Ja - welche? \_\_\_\_\_

Visa  MasterCard  Diners Club  American Express  \_\_\_\_\_

Kartennummer

Haben Sie bereits Ansprüche auf Schadensersatz an Ihre Pflichtversicherung (Krankenkasse) gestellt?

Nein  Ja - an wen? \_\_\_\_\_

Name und Adresse

Wurden Ansprüche anerkannt?  Nein  Ja - in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

**Die Versicherungsleistung soll auf folgendes Konto erfolgen:** \_\_\_\_\_

Kontoinhaber

IBAN

SWIFT / BIC

**Für die rasche Schadensbearbeitung legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:**

- **Versicherungsnachweis** (für Kreditkarteninhaber: Nachweis der Kartenverwendung innerhalb von 3 Monaten vor Schadenseintritt = Kopie der Monatsabrechnung)
- **Reiseunterlagen** (z.B. Buchungsbestätigung)
- **Behandlungskosten-/Medikamentenrechnung in Kopie plus Auszahlungsbeleg der Krankenkasse oder Behandlungskosten-/Medikamentenrechnung im Original** (Kostensersatz abzüglich Selbstbehalt)

**Abgeänderte Datenschutzerklärung ÖAV**

Ich erkläre hiermit der Europäischen Reiseversicherung AG bzw. der KNOX Versicherungsmanagement GmbH und den jeweils damit verbundenen Unternehmen meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur Erhebung, Ver- und Bearbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten („Sensible Daten“). Dies zum Zweck der Abwicklung des Leistungsfalles, statistischer Erhebungen und zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

**Umfang der erforderlichen Auskünfte**

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.

Des Weiteren ermächtige ich die Europäische Reiseversicherung AG bzw. die KNOX Versicherungsmanagement GmbH in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im

Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

**Widerrufsfolgen**

Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person 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 beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

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.

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 238300-33  
Fax: +43 (0) 512 238300-15  
av-leistung@knox.co.at

Europäische Reiseversicherung AG  
Kratohjlestraße 4  
A-1220 Wien  
Tel.: +43 (1) 317 2500-73930  
Fax: +43 (1) 319 9367-73930  
schaden@europaeische.at

Österreichischer Alpenverein  
Olympiastraße 37  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (1) 317 2500-73930  
Fax: +43 (1) 319 9367-73930  
office@alpenverein.at