

## Schadensmeldung Alpenverein Unfall-Lebensrente zur Pol. Nr.: 000-1894-2848

Vor- und Zuname des Betroffenen: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ständige Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ ÖAV-Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Besteht eine private Unfallversicherung?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_ Polizzennummer: \_\_\_\_\_

Besteht eine private Krankenversicherung?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_ Polizzennummer: \_\_\_\_\_

Besteht eine private Lebensversicherung?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_ Polizzennummer: \_\_\_\_\_

Unfallzeit (Datum, Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Unfallort (Ort, Straße): \_\_\_\_\_

Aufnehmende Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_

Zeugen (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Bei Verkehrsunfall: Lenker (Name, Anschrift):

---

---

FührerscheinNr.:

Ausstellungsdatum:

Behörde:

Lenkerberechtigung für:

Bei Insassenunfall: Welche Insassen (Lenker) hatten Sicherheitsgurte angelegt:

Ausstattung mit Sicherheitsgurten:

vorne

hinten

Gesamtpersonenanzahl im KFZ zum Unfallzeitpunkt:

---

## Datenschutzerklärung:

### 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, 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 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 238300-30  
Fax: +43 (0) 512 238300-15  
av-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

Österreichischer Alpenverein  
Olympiastraße 37  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0) 512 59547  
Fax: +43 (0) 512 59547-50  
office@alpenverein.at