

Schadensmeldung Rechtsschutzversicherung zur Pol.Nr.: 1/66/22354750

Nachname, Vorname, Titel

Beruf

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Sektions-/ Mitgliedsnummer

Mitgliedsbeitrag bezahlt am

Telefonnummer

E-Mail

Ereignisort, Land

Datum

Uhrzeit

Behördliche Aufnahme Ja Nein

Wo und gegen wen ist ein Verfahren anhängig? _____

Nachname, Vorname, Titel, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Wen trifft das Verschulden?

Verhältnis zum Beteiligten (Verletzten): verwandt, bekannt, fremd?

Sach- und/oder Personenschaden:

Was wurde beschädigt / Welche Verletzungen sind eingetreten / Welche Forderungen werden gestellt?

Besteht bei einer weiteren Versicherungsgesellschaft eine Rechtsschutzversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

Polizzenummer: _____

Rechtsanwaltswunsch:

Überlassen Sie die Wahl eines Rechtsanwaltes zur Vertretung Ihrer Interessen der Generali Versicherung AG oder wünschen Sie einen bestimmten im Gerichts- (Verwaltungs-) Bezirk ansässigen Rechtsanwalt Ihres Vertrauens? Die Beauftragung des Rechtsanwaltes erfolgt durch die Generali Versicherung AG!

Sonstige Bemerkungen:

Ich / Wir ermächtigen die Generali Versicherung AG, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, etc.) zu nehmen.

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 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 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 (zB 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 d. vers. Person (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