

Schadensnummer

UNFALLSMELDUNG Wir ersuchen Sie, die Fragen vollständig zu beantworten!

erstattet durch (Name, Anschrift)	Telefonnummer
-----------------------------------	---------------

DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Telefonnummer
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	E-Mail-Adresse	

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?	welche Kasse?
		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?				
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls				
Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!				
Name und Anschrift des behandelnden Arztes				

ANGABEN ÜBER ANDERE bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen

Bestehen oder bestanden Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vertragsart	Name der Gesellschaft	Polizzenummer
Sind Sie Mitglied in einem Sport- oder Alpenverein oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche		

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen		Anzeige wurde erstattet	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Adresse der Dienststelle, Postleitzahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des Beschuldigten
Daten des Fahrzeuges	Marke	Kennzeichen	Fahrgestellnummer
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped		
Anzahl der Personen – einschließlich des Lenkers – im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls	Waren Personen angegurtert? Namen der angegurterten Personen		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

<input type="checkbox"/> an Bank oder Sparkasse	Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber
<input type="checkbox"/> an die Adresse	
ACHTUNG! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.	

Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers
------------	---

55ME201/S (09.01)

bitte wenden!

DVR: 0016705

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der Wiener Städtische Vienna Insurance Group die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) sowie Laboruntersuchungen (Blutbefunde) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten
Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?

Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)

ja nein

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert?

In welchem Ausmaß?

ja nein

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?

Welche?

ja nein

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

Welche?

ja nein

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses

Art der Behandlung

von

bis

ambulant

stationär

BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen?

Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet?

Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?

ja nein

ja nein

Ist der Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner Beschäftigung behindert?

vollkommen wie lange?

teilweise wie lange?

(z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum

Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Wichtige Informationen Freizeit-Unfallversicherung der Naturfreunde Österreich

Was ist im Schadensfall konkret zu tun! Voraussetzungen für die rasche Abwicklung von Schadensfällen

Liebes Naturfreundemitglied!

Damit es bei der Schadensabwicklung mit unserem Versicherungspartner zu keinen unnötigen Verzögerungen kommt und die Schadenssummen rasch ausbezahlt werden können, ersuchen wir Sie folgende Punkte unbedingt zu beachten:

Ausfüllen der Schadensmeldung

- Bitte füllen Sie das Unfallmeldeformular vollständig aus.
- Besonders wichtig ist die genaue Schilderung des Unfallherganges.
- Beim Punkt **„Angabe über andere Versicherungen“** sind etwaige andere private Unfallversicherungen, die zum Beispiel über Kreditkarten-Versicherungen etc. bestehen, anzuführen. Sollten derartige Versicherungen nicht bestehen, so ist das Wort **„KEINE“** in das Feld einzutragen.
- Für den Fall einer möglichen bleibenden **Invalidität**, wäre auch noch das Feld **„Ermächtigung zur Einsichtnahme in medizinische Unterlagen“** auszufüllen. Legen Sie weiters sämtliche Ihnen vorliegende ärztliche Unterlagen (Krankengeschichte, Befunde) bei.
- Vergessen Sie bitte nicht das **Formular zu unterschreiben**.

Rechnungen über Hubschrauberbergungen

- Nach Erhalt der **Bergekostenrechnung** des jeweiligen Hubschrauberunternehmens reichen Sie das Original bitte umgehend bei Ihrer gesetzlichen **Krankenversicherung zur Übernahme eines Kostenschusses** ein. Dieser beträgt derzeit in der Regel 850,- Euro und wird manchmal ausbezahlt, ein anderes Mal wieder nicht. Für diesen Fall bezahlt unsere Versicherung den Betrag zur Gänze und Sie werden schadlos gehalten. Dies hängt auch von der Schwere des Unfalls ab. Fertigen Sie vor Einreichung der Originalrechnung eine Kopie an.
- Nach der Erledigung durch die Krankenkasse leiten Sie die **Originalrechnung dann an uns weiter**. Im Falle der Ablehnung einer Kostenübernahme benötigen wir das **Ablehnungsschreiben der Kasse**.
- Bitte beachten Sie: in manchen Fällen zieht das Flugunternehmen (ÖAMTC – Christophorus) den Sozialversicherungsanteil sofort von der Rechnung ab. In diesem Fall erhalten wir diese Bergkostenrechnung zur weiteren Bearbeitung auf direktem Wege von Ihnen.
- **Rechnungen der Bergrettung oder von Pistendiensten**, die für Bergbahnunternehmen ebenfalls den Abtransport von Verletzten durchführen,

werden von uns direkt bearbeitet **und brauchen nicht bei der Krankenkasse eingereicht werden.**

Wir bemühen uns, jeden Versicherungsfall gemeinsam mit unserem Rückversicherer, der Wiener Städtischen Versicherung AG, rasch zu bearbeiten.

Fehlende Unterlagen oder unvollständige Angaben am Unfall-Meldeformular führen zu unliebsamen Verzögerungen. Wir benötigen auch alle Unterlagen im Original. Rechnungen per Mail gesendet, werden von unserer Versicherung nicht akzeptiert.

Wenden Sie sich in jedem Fall an die Versicherungsabteilung der Naturfreunde Bundesorganisation, Frau Natalie Hahnenkamp, Tel. ++431/892 35 34 Kl. 24. Direkteinreichungen werden von der Wiener Städtischen nicht bearbeitet.

Für den Fall, dass Sie von Flugunternehmen oder von Rettungseinrichtungen Mahnungen erhalten, dann informieren Sie uns bitte. Wir werden sofort den Grund der Verzögerung eruieren. Wir dürfen Ihnen auch versichern, dass wir alle Schadensfälle, die unserem Versicherungsinhalt und den Versicherungsrichtlinien entsprechen, immer zu Ihrer Zufriedenheit abwickeln.

Bitte beachten Sie daher diese wichtigen Informationen und Richtlinien.

Bundesorganisation der Naturfreunde Österreich, Versicherungsabteilung.