



Wege ins Freie.



Schadenmeldung für Bergungs-, Rückhol-, Heilbehandlungskosten zur Pol.Nr.: 2314/090774

Vor- und Zuname des Betroffenen:

first and surname of the concerned person:

Tel.Nr.:

phone:

e-mail:

e-mail:

Ständige Wohnadresse:

permanent residence:

Geburtsdatum:

date of birth:

Beruf:

profession:

OeAV-Mitgliedsnummer:

OeAV membership number:

Datum des Ereignisses:

date of the incident:

Uhrzeit:

hour:

Genauere Ortsangabe: (Gebiet; Region; Staat)

precise statement of place: (geographical area, region, state)

Ausführliche Hergangsschilderung:

precise description of the incident:

Bei Bergungen/Suchaktionen:

Wer verständigte die Bergrettung/Hubschrauber?

Durch welche Organisation erfolgte die Bergung? (Hubschrauber?)

in case of rescue/search operations: who alerted the rescue team (helicopter) ?

name of the rescue team (helicopter) ?

Art der Verletzung / Krankheit?

nature of injury / illness?

Bei welcher Krankenkasse ist der Betroffene versichert oder mitversichert?

name and address of the health/travel insurance of the concerned person ?

Bestehen private Versicherungen für Krankheit oder Unfall:

Are there any private health or accident insurances?

Versicherungsunternehmen:

insurance company:

Polizzenummer:

policy number:

Welche Gendarmerie- (Polizei-) oder Rettungsdienststelle hat den Vorfall aufgenommen?

Which police station or rescue service has recorded the accident?

Ist der Betroffene

Is the concerned person

a) Mitglied oder Förderer der Bergrettung?

a) a member or supporting member of the Austrian mountain rescue system (ÖBRD) ?

b) Mitglied bei ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC, udgl.? (wenn ja, unbedingt Mitgliedsnummer!)

b) a member of the Austrian Ski Federation, Naturfreunde etc. ? (if yes, membership number!)

c) Im Besitz von Kreditkarten wie VISA, Euro-Card, udgl.? (wenn ja, unbedingt Kartennummer!)

c) holder of credit cards like Visa, Euro-Card etc.? (if yes, credit card number!)

Ich ermächtige alle Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, sowie Sozialversicherer, Krankenversicherer und Behörden, der UNIQA Personenversicherung AG jede Auskunft im Zusammenhang mit dem Ereignis zu erteilen.

I authorize all physicans treating or having treated me, as well as Health/Travel Insurance Companies, Health Insurance Companies and Authorities, to give all information regarding the incident to UNIQA Personenversicherung AG.

Ort und Datum

place and date

Unterschrift

signature

Zur Information:

for information:

Legen Sie bitte eine Kopie des Zahlungsabschnittes des Mitgliedsbeitrages bei und geben Sie Ihre Bankverbindung für den Leistungsfall bekannt.

Please attach a copy of the receipt for the payment of the membership fee to this form and let us know your bank account.

Kontonummer

account number (IBAN)

Bankleitzahl

routing symbol (BIC)

Name u. Adresse der Bank

name and adress of bank

Reichen Sie bitte allfällige Rechnungen für ärztliche Behandlungen im Ausland vorerst bei der zuständigen Krankenkasse ein.

Please send bills for medical treatment abroad first to your health/travel insurance company and afterwards to us.

Die Schadenmeldung senden Sie bitte an

Please send this form to

Knox-Versicherungsmanagement GmbH, Edith Stein Weg 2, 6020 Innsbruck

Oesterreichischer Alpenverein
Olympiastraße 37
A-6020 Innsbruck
Tel. +43/(0)512/59547
Fax +43/(0)512/575528
office@alpenverein.at

Knox-Versicherungsmanagement GmbH
Edith Stein Weg 2
A-6020 Innsbruck
Tel. +43/(0)699/14367670
Fax +43/(0)512/934957
AV-service@knox.co.at

UNIQA Personenversicherung AG
Ing.-Etzel-Straße 9
A-6020 Innsbruck
Tel. +43/(0)512/5332 654