

## Verhalten nach einem Unfall – Ersatz der Heilkosten

- 1) Ausfüllen der Schadenmeldung **mit der OEPS Mitgliedsnummer.**
  - a) Unterschrift, **Telefonnummer u. E-Mail-Adresse** des Verletzten ist **unbedingt erforderlich.**
  - b) Genaue Beschreibung des Unfalles / Unfallherganges.
  - c) Bericht vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen (mit Therapieverordnung bei Heilkostenanspruch) oder ärztliche Unterlagen und Verordnungen beilegen.
  
- 2) **Die Schadenmeldung (mit den Beilagen) an unser Büro senden.**  
Z.H.: Frau Doris Trenk ; E-Mail: [schaden@diehelden.at](mailto:schaden@diehelden.at)  
Gleichzeitig bekanntgeben, an wen und auf welches Bankkonto (IBAN) eine Entschädigung geleistet werden soll.
  
- 3) Die Arzt- bzw. Therapierechnung(en) bezahlen und bei der zuständigen Krankenkasse einreichen. Dort wird geprüft, ob ein Teilersatz geleistet wird. Wenn nicht – zahlt die Versicherung 100 % (bis zur Höhe der versicherten Summe für Heilkosten).
  
- 4) Eine Kopie der Rechnung(en) mit der/den Originalabrechnung(en) der Krankenkasse an unser Büro senden.  
Z.H.: Frau Doris Trenk ; E-Mail: [schaden@diehelden.at](mailto:schaden@diehelden.at)  
Gleichzeitig bekanntgeben, an wen und auf welches Bankkonto (IBAN) eine Entschädigung geleistet werden soll.

**Nur so kann eine schnelle Schadensbearbeitung garantiert werden.**

Bei etwaigen Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Versicherungsbüro Held & Held



# SPORTVERSICHERUNG DES OEPS - UNFALLVERSICHERUNG



UNIQA Österreich Versicherungen AG  
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Telefon: +43 (0) 50677  
Sitz: Wien, FN 63197m Handelsgericht Wien, DVR: 0018813

**Schadenmeldung und Anfragen bitte an die  
OEPS - Versicherungsberatung Held & Held**

Tel: 02236/53086-0 | Fax: 02236/53086-4 | Mail: office@diehelden.at | www.diehelden.at | www.facebook.com/diehelden.at  
Held & Held Versicherungsmakler | Wolfgang Held Ges.m.b.H. | Versicherungsmakler | Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Firmensitz: A-2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25 | Firmenbuch: FN 117213y LG Wr. Neustadt | GISA-Zahl: 13520656

# Unfall- meldung

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Polizzenummer/<br/>Schadenummer</b><br>VN: Amt der NÖ Lds.Reg. | <input type="text" value="2611/000698-3"/>   | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                         |
|   | Polizzenummer (unbedingt angeben)  | Schadenummer (wenn bekannt)                               | <b>OEPS Mitgliedsnummer:</b>                 |
| <b>Versicherungsnehmer</b>  | <input type="text" value="Österreichischer Pferdesportverband"/>                                     | <input type="text" value="02236/710600-30"/>              |  |
|   | Verbandsname   | Tagsüber erreichbar unter <b>Tel.-Nr.</b>                 |  |
|   | <input type="text" value="2361"/>  | <input type="text" value="Laxenburg, Am Wassersprung 2"/> | <input type="text" value="k.ipser@oeps.at"/> |
|   | Postleitzahl   | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür               | <b>E-Mail Adresse !!!</b>                    |
| <b>Versicherte<br/>(unfallbetroffene)<br/>Person</b>              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                         |
|   | Familienname, Vorname, Titel   | Geburtsdatum  | Tag, Monat, Jahr                             |
|   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                         |
|   | Postleitzahl   | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür               | Tagsüber erreichbar unter <b>Tel.-Nr.</b>    |
|   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                         |
|   | Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)   | <b>E-Mail Adresse !!!</b>                                 |  |
|   | <input type="text"/>   |   |  |
|   | Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.) |   |  |

## Allgemeine Angaben

|   |  |  |
|---|--|--|
| Zeitpunkt des Unfalls   | Datum  | Uhrzeit  |
| Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)  |  |  |
| Beschreibung des Ereignisablaufes   |  |  |
| Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen: Hat der/<br>die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm<br>getragen?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |  |
| War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |  |
| Ist der/die Verletzte gesetzlich<br>unfallversichert?   | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Bei welcher Anstalt?                             |
| Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?   |  | Bitte Aktenzahl (wenn möglich)                   |
| Hat die vom Unfall betroffene<br>versicherte Person in den letzten 12<br>Stunden vor dem Unfall Drogen<br>oder drogenähnliche Substanzen<br>konsumiert? | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? Wie viele?                               |
| Hat die vom Unfall betroffene<br>versicherte Person in den letzten 12<br>Stunden vor dem Unfall alkoholi-<br>sche Getränke konsumiert?                  | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? Wie viele?                               |
| Ist die versicherte Person auch bei<br>anderen Gesellschaften versichert?   | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.) |

Zutreffendes bitte ankreuzen!

|   |  |  |
|---|--|--|
| Ist die versicherte Person über einen Verein versichert?  | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Welcher Verein? Welche Versicherung?                 |
| Ist die versicherte Person Mitglied/Förderer bei Organisationen mit Versicherungsschutz? (z.B. Naturfreunde, Österreichischer Alpenverein etc.) | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Mitgliedsnummer)                                |
| Ist die versicherte Person in Besitz des Freizeittickets?   | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Wo? (Mitgliedsnummer)                                |
| Ist die versicherte Person in Besitz von Kreditkarten mit Versicherungsschutz?  | <input type="checkbox"/> ja →<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? (Kartennummer)                               |
|   |  | Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife) |

## Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

|                |                      |                   |
|----------------|----------------------|-------------------|
| Fahrzeughenker | Ausstellende Behörde | Ausstellungsdatum |
|                | Führerscheinnummer   | Fahrzeuggruppe    |

## Ermächtigung und Bankverbindung

### Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall

Ich erkläre hiermit der UNIQA Österreich Versicherungen AG bzw. der Salzburger Landes-Versicherung AG meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks 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 Abnützungsercheinungen, 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 UNIQA Österreich Versicherungen AG bzw. die Salzburger Landes-Versicherung AG in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.

#### Leistung überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

IBAN

BIC

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 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 oder bezugsberechtigte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln haben 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, Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Stempel u. Unterschrift des Vereins/Verbandes

Polizzenummer/  
Schadennummer

2611/000698-3

Polizzenummer (unbedingt angeben)

Schadennummer (wenn bekannt)

## Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch  
genommen worden?

Datum, Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art  
der Verletzung (Diagnose)

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

teilweise Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

War der/die Verletzte  
im Krankenhaus?

ja



Krankenhaus

nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer  
Behandlung?

Hat der Unfall bleibende  
Invalidität zur Folge?

ja



Welche dauernden Funktionsstörungen?

nein

## Gesundheitliche Behinderung

(vor dem Unfall)

War der/die Verletzte vor dem Unfall  
gesundheitslich behindert, wie z. B.  
alte Verletzungen oder Degeneration  
(von Bändern, Kapseln, Sehnen,  
Meniski usw.), sonstige Behinde-  
rungen (Bewegungseinschränkung,  
Amputationen usw.), Wirbelsäulen-  
leiden (Bandscheibenvorfälle und  
dergleichen), Herzleiden, Diabetes,  
Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie,  
reduziertes Hör- oder Sehvermögen  
usw.?

ja



Bitte nähere Angaben

nein

Haben Krankheiten,  
Gebrechen oder Alkohol-  
und Drogeneinfluss den  
Unfall mitverursacht bzw.  
die Unfallfolgen ungünstig  
beeinflusst?

ja



In welcher Form?

möglicherweise



nein

Berichtshonorar überweisen auf

IBAN des Zahlungsempfängers

BIC

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen!

## Krankenkassen- Einreichungen ONLINE.

Um Arzt- & Therapiekosten von Ihrer privaten Unfallversicherung rückerstattet zu bekommen, müssen in einem ersten Schritt die erforderlichen Unterlagen bei Ihrer zuständigen Krankenkasse eingereicht werden. Seit einiger Zeit ist dies nun endlich auch online möglich. Erforderlich ist hierfür lediglich die Freischaltung Ihrer Handysignatur oder die Registrierung bei ID Austria.

- (Link: <https://www.handy-signatur.at/hs2/>)
- (Link: <https://www.oesterreich.gv.at/id-austria/registrierungsbehoerden.html>)

Sobald ihre Handysignatur freigeschaltet wurde und Sie Ihren Zugangs-Pin per Post übermittelt bekommen haben, bzw. die ID Austria Registrierung abgeschlossen wurde kann es losgehen:  
Login zum Einreichportal der Sozialversicherung

- (Link: <https://www.meinesv.at/cdscontent/?contentid=10007.771188&portal=esvportal>)

**Folgende Unterlagen werden von der Krankenkasse zur Bearbeitung des Rückerstattung-Antrages benötigt:**

- Rechnung(en)
- Zahlungsnachweis(e) – Zahlungsvermerk auf der Rechnung, Einzahlungsabschnitt, Online – Überweisungsbeleg, oder Bankkontoauszug
- Sofern vorhanden, die ärztliche Verordnung oder Überweisung. Falls notwendig inkl. Chefarzt-Bewilligung
- Sonstige Beilage(n)
- **Wichtig:** am Antrag oder auf der Honorarnote unbedingt vermerken, dass ein Abrechnungsbrief für die private Versicherung benötigt wird.

### Wichtige Tipps

- Pro Online Antrag nur die Unterlagen eines Wahlarzt-Besuches einreichen.
- Der Upload muss als PDF Dokument erfolgen und darf nicht größer als 1 MB sein.

**Sobald der Abrechnungsbrief der Krankenkasse vorhanden ist, kann die Rückerstattung durch die private Unfallversicherung erfolgen. Hier finden Sie die Anleitung zur Schadeneinreichung und die erforderliche Unfall-Schadenanzeige.**

- **Anleitung Verhalten nach einem Unfall & Unfall-Schadenanzeige.**

## Erfolg braucht starke PartnerInnen.

