

# Schadenmeldung für die steirischen Jäger



**GRAZER WECHSELSEITIGE**

Versicherung Aktiengesellschaft

8010 Graz, Herrengasse 18-20  
FN 37748 Landes- und Handelsgericht Graz

## Abschnitt I

Polizze Nr.: **8.819.750**  
Versicherungsnehmer : **Steirische Landesjägerschaft**

**Ansprechperson bei GrECo International AG**

Frau Heidelinde Loibl  
Elmargasse 2-4  
A-1190 Wien

[h.loibl@greco.services](mailto:h.loibl@greco.services)  
Telefon: +43 5 04 04 224  
Fax: +43 5 04 04 11 224

Bitte die auf den Schaden zutreffende(n) Sparte(n) ankreuzen!

- Haftpflichtversicherung
- Unfallversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Jagdwaffenversicherung

**Ansprechperson bei Grazer Wechselseitige Versicherung AG**

Herr Mag. Florian Winter

[florian.winter@grawe.at](mailto:florian.winter@grawe.at)  
Telefon: +43 316 8037 6307  
Fax: +43 316 803796307

*Bitte senden Sie uns in jedem Schadensfall eine **Kopie des Einzahlungsbeleges** zur Jagdkarte für jene Jagdsaison, in der sich der Vorfall ereignet hat.*

***Das Abhandenkommen versicherter Gegenstände ist unbedingt anzuzeigen!**  
Anzeigebestätigung bitte der Meldung beilegen!*

Bitte in jedem Schadensfall ausfüllen!

Name des Karteninhabers: ..... geb. am .....  
wohnhaft in: .....  
..... Tel. Nr.: .....  
Jagdkartennummer: .....  
ausgestellt von Bezirkshauptmannschaft: ..... am .....

Sind Sie im Besitz weiterer Jagdkarten?  nein  ja ⇒ Für welches Bundesland? .....

Datum und Uhrzeit des Vorfalles: .....

Ort des Vorfalles: .....

Sind Sie Berufsjäger oder beeidetes Jagdschutzorgan?  nein  ja ⇒ Funktion: .....

Steht der Vorfall im Zusammenhang mit dieser Funktion?  nein  ja

Behördliche Aufnahme:  nein  ja ⇒ Polizei in: .....

Namen und Anschrift von Zeugen: .....

.....

Schriftliche Schilderung des Vorfalles: .....  
.....  
.....

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen, wenn sie zutreffen!**

↵ bei Schädigung **anderer** Personen:  
Name und Adresse des/der Geschädigten: .....  
Sind Sie mit dem/der Geschädigten verwandt?  nein  ja ⇒ In welchem Verhältnis? .....

↵ bei Schäden, verursacht durch Ihre(n) **Hund(e)**:  
Welcher Rasse gehört der schadensverursachende Hund an? .....  
Wieviele Jagdhunde halten Sie? .....  
Besteht für Ihren Hund eine weitere Haftpflichtversicherung?  nein  ja ⇒ Bei welchem Versicherer und unter welcher Polizzenummer? .....  
Haben Sie eine aufrechte landwirtschaftliche Haftpflichtversicherung?  nein  ja ⇒ Bei welchem Versicherer und unter welcher Polizzenummer? .....

↵ bei **Personenschäden**:  
Welcher Art sind die Verletzungen? .....

↵ bei **Sachschäden**:  
Welche Sachen sind beschädigt worden bzw. sind abhanden gekommen? .....  
Wie hoch schätzen Sie den Schaden? .....

↵ bei **Unfällen** des **Jagdkarteninhabers**:  
Welche Verletzungen haben Sie erlitten? .....  
Haben Sie weitere private Unfallversicherungen?  nein  ja ⇒ Bei welchem Versicherer und unter welcher Polizzenummer? .....  
Welche Ärzte wurden von Ihnen konsultiert bzw. in welchem Spital wurden Sie behandelt? .....  
.....

**Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgetreu beantwortet.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Datenschutzhinweis:**

Die Grazer Wechselseitige Versicherung AG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Beurteilung und Erfüllung Ihrer Leistungsansprüche aus dem bestehenden Versicherungsvertrag mit der Steirischen Landesjägerschaft, in dessen Rahmen Sie als Mitglied versichert sind. Unsere Datenschutzinformation finden Sie unter [www.grawe.at](http://www.grawe.at).

# Abschnitt II

## **Einwilligungserklärung Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Versicherungsfall durch die Grawe (Einwilligung im Einzelfall gemäß § 11a Abs 2 Z 3 VersVG)**

Um die geltend gemachten Ansprüche aus dem im Abschnitt I. genannten Versicherungsfall beurteilen und erfüllen zu können, benötigt die Grazer Wechselseitige Versicherung AG (Grawe) die Einwilligung der betroffenen Person zur Erhebung und Verarbeitung ihrer Gesundheitsdaten. Datenschutzinformationen der Grawe finden sich auf [www.grawe.at](http://www.grawe.at).

### **1. Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten**

Ich, ....., geb. am ....., stimme ausdrücklich zu, dass die Grawe zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem in der Schadenmeldung angeführten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge im erforderlichen Ausmaß ermitteln und verarbeiten darf.

Unerlässliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen medizinischen Unterlagen über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen. Dies umfasst die Krankengeschichte und die Behandlungsunterlagen (Informationen zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, zur Aufenthalts- oder Behandlungsdauer und zur Behandlungsentlassung oder –beendigung, Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht), sowie gerichtsmedizinische Befunde und Einsatz- und Behördenprotokolle.

### **2. Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich entbinde die im Versicherungsfall befragten Personen und Einrichtungen von der ärztlichen und von sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der in Pkt. 1. erteilten Einwilligungserklärung.

### **3. Information über das Recht auf Widerruf der Einwilligung**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die unter Pkt. 1. erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ein Widerruf würde dazu führen, dass die Grawe die geltend gemachten Ansprüche aus dem Versicherungsfall insoweit nicht beurteilen kann, als die zur Prüfung erforderlichen Informationen nicht vorliegen. In diesem Fall sind die erforderlichen Unterlagen in vollem Umfang von mir selbst einzuholen und an die Grawe zu übermitteln, was Verzögerungen bei der Leistungsabwicklung zur Folge haben kann. Vor dem Einlangen dieser Unterlagen bei der Grawe werden allfällige Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag nicht fällig.

.....  
*Datum*

.....  
*Unterschrift der betroffenen Person*

# Abschnitt III

## Einwilligungserklärung für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Leistungsfall an die GrECo International AG, FN 249231 t, Vermittlerregister-Nummer: 24158374 Elmargasse 2-4, 1190 Wien

### I. Allgemeine Information

„Personenbezogene Daten“ sind alle Informationen die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (betroffene Personen) beziehen. Es kann sich dabei um private, berufliche, wirtschaftliche Informationen, Eigenschaften, Kenntnisse oder physiologische Merkmale handeln. Personenbezogene Daten sind daher insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Polizzenummer oder aber auch Gesundheitsdaten.

Nachdem Gesundheitsdaten sensible Daten im Sinne von Art 9 DSGVO sind, ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (z.B. Daten aus Ihrer Krankengeschichte) grundsätzlich unzulässig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die „betroffene Person“ in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten, wie unter Punkt II, einwilligt.

Die Verarbeitung und Erfassung meiner Gesundheitsdaten ist für den Zweck der Leistungsabwicklung notwendig.

Eine von mir dazu erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

### II. Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten, wie etwa Krankengeschichte, Verletzungen etc. zum Zwecke der Leistungsabwicklung erfasst und verarbeitet werden, und dass die GrECo International AG Gesundheitsdaten vom Versicherer einholt.

### III. Übermittlung personenbezogener Daten

Zum Zwecke der Leistungsabwicklung werden die Daten soweit zutreffend und notwendig an folgende Empfänger weitergegeben: GrECo International Holding AG als zentraler IT Dienstleister der GrECo Gruppe, Versicherer und allenfalls beauftragte Co-Broker, Sozialversicherungsanstalten, Ärzte, Rechtsanwälte und Sachverständige.

### IV. Widerruf

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ich nehme aber auch zur Kenntnis, dass im Falle des Widerrufs eine Leistungserbringung durch den Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten zur Gänze unmöglich oder nur mehr eingeschränkt möglich sein kann.

Weitere Informationen zum Datenschutz stehen in der Datenschutzerklärung auf der Webseite unter [https://www.greco-ijt.com/at/GIAT\\_data\\_protection\\_declaration.pdf](https://www.greco-ijt.com/at/GIAT_data_protection_declaration.pdf) zur Verfügung.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der betroffenen Person