

Betriebsunterbrechung infolge Krankheit oder Unfall Schadenbericht



Helvetia Versicherungen AG

Schadenservice
Der direkte Draht für Ihre Schadenmeldung
schaden@helvetia.at
F +43 (0) 50 222-91562
www.helvetia.at
Generaldirektion:
1010 Wien, Hoher Markt 10-11
T +43 (0) 50 222-1000, F +43 (0) 50 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

IBAN:

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

Stillstand des Betriebes ganz teilweise gar nicht W urden Ersatzkräfte eingestellt? ja nein

Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Betriebsunterbrechungsversicherungen? ja nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Krankheit

Datum des Auftretens der Krankheit:

Wer ist Pflichtversicherer:

Symptome:

Genauere Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen usw.):

Ist diese oder eine ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?

Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:

Unfall

Datum des Unfalles:

Uhrzeit:

Or t:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Genauere Schilderung von Ursache und Hergang:

Erlittene Verletzungen:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Alko-Test? ja nein Wenn ja, Ergebnis:

Unfallzeugen:

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist verpflichtet, die wahrheitsgemäß und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der Helvetia Versicherungen AG unverzüglich zurückzusenden.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ich bevollmächtige die Helvetia Versicherungen AG und die von dieser beauftragten Personen, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufordern und anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung ambulanter Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

ja nein

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Entlassungsbefund: ja nein Wenn ja, Anzahl: _____ /Seiten: _____

Anamnese:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles/der Krankheit vom

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei mir in Behandlung.

Der (die) Patient(in) war zusätzlich vom

bis

in stationärer Behandlung.

Krankenhaus: _____

Entlassungsbefund bei stationärem Krankenhausaufenthalt: ja nein Wenn ja, Anzahl: _____ /Seiten: _____

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Anamnese:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Einzelzustimmung gemäß § 11a VersVG zur Ermittlung personenbezogener Daten

Schadensnummer (Polizzenummer):
Patient:
Adresse:

Vorfall vom:
geboren am:

Im Rahmen des mit Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10-11, 1010 Wien (im Folgenden "Helvetia") bestehenden Versicherungsverhältnisses müssen wir Ansprüche aus Ihrem Leistungsfall dem Grunde und der Höhe nach prüfen. Zu diesem Zweck benötigen wir die nachstehenden personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten von der zuständigen Behörde / dem zuständigen Gericht und/oder von Ihrem behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister über Diagnose, Anamnese sowie Art und Dauer der Behandlung:

- Daten zu Unfallhergang, -gründen und -ursachen
- Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung
- Daten zu erbrachten Behandlungsleistungen
- Daten über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer
- Daten zur Behandlungsentlassung oder –beendigung
- Leistungsblatt des Versicherungsträgers der letzten Jahre
- Relevante Unterlagen der letzten Dienstgeber

Die aufgelisteten Daten umfassen insbesondere die zur Leistungsfallprüfung unerlässlichen Auskünfte der Behörde, des Gerichts sowie Ihres behandelnden Arztes oder Gesundheitsdienstleisters über mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehende Unfallursachen und –folgen, Krankheiten und Gebrechen wie auch Daten zur Anamnese und zum Statusblatt, zur Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Anästhesieprotokolle, Pflegeberichte und/oder Entlassungsberichte, wobei im Einzelfall auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann. Helvetia behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Helvetia zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem vorliegenden Versicherungsfall die oben aufgelisteten personenbezogenen Daten von der Behörde, vom Gericht sowie vom behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister ermitteln darf.

Sie entbinden die Behörde, das Gericht sowie den behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von sämtlichen, insbesondere beruflichen und ärztlichen Schweigepflichten. Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass sämtliche der oben angeführten Daten von Ihnen selbst zu übermitteln wären. Helvetia kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Leistungsfallprüfung nicht vornehmen.

Aufnehmende Behörde:	Aktenzahl:
Behandelndes Krankenhaus:	Behandlungszeit:
Behandelnde(r) Arzt/Ärzte:	Behandlungszeit:

Datum: Unterschrift: