

Unfallversicherung
Schadenbericht



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

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer

Versicherter (Verletzter)

Familien- u.
Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.,
E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum:

IBAN:

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum: Uhrzeit:

Unfallort:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf? Geschäftszahl:

Zeugen (Name, Adresse, Telefon-Nr.):

Schilderung des Unfallhergangs:

Verwandtschaftsverhältnis zwischen
Versicherungsnehmer und Verletztem:

Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfall- oder Krankenversicherungen? ja nein
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n): Falls ja: Unfallversicherung Krankenversicherung

Haben Sie schon früher eine Unfallentschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten? ja nein
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n): Betrag: EUR

Welche Körperteile sind verletzt
(Art der Verletzung)?

Name und Adresse des Arztes, der Sie
wegen des Unfalls behandelt: Bei mitversichertem Spitalgeld
und/oder Taggeld können die
umseits vorgedruckten Bestäti-
gungen verwendet werden!

Sind oder waren Sie wegen des Unfalls in Spitalspflege?

Wenn ja, in welchem Spital?

Waren Sie bei Eintritt des Unfalls vollkommen gesund
oder hatten Sie irgendein Leiden oder Gebrechen?

Falls sich der Unfall beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ereignete:

Führerschein-
Nr.: Führerschein-
klassen: Führerschein
ausgestellt von: Führerschein
ausgestellt am:

Haben Sie eine Kreditkartenversicherung oder sind Sie Mitglied bei Organisationen mit
Versicherungsschutz (z.B. Naturfreunde, Österreichischer Alpenverein, ÖAMTC, ARBÖ, udgl.)? ja nein
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n): Art der Versicherung:

Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente,
welche die Verkehrstüchtigkeit einschränken, konsumiert? ja nein
Falls ja, wieviel?

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 Versicherten

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.

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

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

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles

vom

von

bis

wegen (Diagnose)

arbeitsunfähig.

Datum

Unterschrift

Einzelzustimmung gemäß § 11a VersVG zur Ermittlung personenbezogener Daten

Schadennummer (Polizzennummer):
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: