

**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 Unfallherganges:		

Verwandtschaftsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Verletztem:			
Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfall- oder Krankenversicherungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesellschaft:	Polizzen-Nummer(n):	Falls ja:	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung
Haben Sie schon früher eine Unfallentschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesellschaft:	Polizzen-Nummer(n):	Betrag: EUR	
Welche Körperteile sind verletzt (Art der Verletzung)?			
Name und Adresse des Arztes, der Sie wegen des Unfalles behandelt:			Bei mitversichertem Spitalgeld und/oder Taggeld können die umseits vorgedruckten Bestä- tigungen verwendet werden!
Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalspflege? Wenn ja, in welchem Spital?			
Waren Sie bei Eintritt des Unfalles 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.)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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: .....