

Antrag auf Leistung

Vorgangs-Nr.: _____

Bitte vollständig und innerhalb einer Woche zurücksenden. Eine zügige Bearbeitung ist nur bei vollständigen Angaben gewährleistet.

1) Zu- und Vorname der verletzten Person _____

2) Geburtsdatum _____

3) Straße _____

4) PLZ _____ 5) Ort _____

6) Telefon privat _____ 7) Telefon beruflich _____ 8) Faxnummer _____

9) E-Mail _____

10) **Bankverbindung**

Geldinstitut _____ Kontoinhaber _____

IBAN _____

S.W.I.F.T / BIC: _____

Angaben zum Unfallhergang

11) Unfalldatum _____

12) Unfallzeit _____

13) genauer Unfallort _____

14) Unfallursache und -hergang (bitte ausführlich beantworten, ggf. Skizze beifügen)

15) Name und Anschrift aller Unfallbeteiligten

16) Name und Anschrift aller Zeugen

Bitte Rückseite beachten!

Chubb European Group SE,
 Direktion für Deutschland |
 Postfach 9000 | 1100 Wien

Telefon: 01-51 30 15 30
 Telefax: +49 (69) 75613 6766

17) Anschrift und Aktenzeichen der unfallaufnehmenden Polizeidienststelle

18) Sind Sie im Besitz eines gültigen Führerscheins

ja	nein
----	------

19) Welcher Art ist die Verletzung?

20) Waren Sie vor Eintritt des Unfalles völlig gesund?

ja	nein
----	------

--

21) Waren Sie vor Eintritt des Unfalles arbeitsfähig?

ja	nein
----	------

--

(bei Kindern: Beeinträchtigung der normalen Tätigkeit wie Schule, Kindergarten, Spiel, usw.)

22) Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall

Alkohol zu sich genommen?

ja	nein
----	------

23) Wurde Ihnen eine Blutprobe entnommen?

ja	nein
----	------

24) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte

25) Name und Anschrift des behandelnden Krankenhauses

26) Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer Ihrer Krankenversicherung

26a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

ja	nein
----	------

27) Name, Anschrift und Versicherungsnummer weiterer Unfallversicherungen

27a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

ja	nein
----	------

28) Name, Anschrift und Sozialversicherungsnummer Ihrer Sozialversicherungsanstalt

28a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

ja	nein
----	------

29) Beziehen Sie Unfall- oder sonstige Renten? ja nein

29a) Falls ja, seit wann und weswegen?

30) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle? ja nein

30a) Falls ja, wann und welcher Art waren die Unfälle und die Verletzungen?

Ich bin nicht einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz in diesem Leistungsfall über die versicherte Person läuft.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum

--

Ort

--

Unterschrift der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

Datum

--

Ort

--

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datenschutzhinweis

Wir verwenden personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, für die Ausstellung und Verwaltung Ihrer Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle. Weitere Informationen finden Sie in unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/at-de/data-protection.aspx>. Sie können die Rahmendatenschutzrichtlinie auch jederzeit über die E-Mail-Adresse dataprotectionoffice.europe@chubb.com anfordern.

Ausdrückliche Einwilligung

Wir werden Ihre Schadensforderung sorgfältig prüfen und daneben im Einklang mit den branchenüblichen Standards auch Schritte unternehmen, die dem Aufspüren von betrügerischen Schadensforderungen dienen. Aus diesen Gründen müssen wir möglicherweise die von Ihnen bereitgestellten Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Schadensforderung relevant sind, sowie ggf. Informationen über die Gesundheit anderer Personen, die für die Schadensforderung eine Rolle spielen, verwenden. Ihnen obliegt es, sicherzustellen, dass andere Personen, deren Informationen Sie uns zur Verfügung stellen, darüber Bescheid wissen, keine Einwände gegen die Verwendung ihrer Daten haben und (soweit dies nach den einschlägigen Gesetzen erforderlich ist) ihre Einwilligung dazu erteilen, dass ihre Informationen für die hier dargelegten Zwecke verwendet werden.

Wir werden die Informationen über Gesundheit nicht für irgendwelche anderen Zwecke verwenden, und wir werden uns jederzeit an alle in unserer Datenschutzrichtlinie enthaltenen Bestimmungen (einschließlich der Sicherheitsstandards) halten. Sie sind nicht verpflichtet, uns die nachstehend bezeichnete Einwilligung zu erteilen, und Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Wenn Sie uns jedoch keine Einwilligung erteilen oder sich entscheiden, Ihre Einwilligung später zu widerrufen, so kann sich das darauf auswirken, ob wir Ihre Schadensforderung bearbeiten können.

Durch Ankreuzen des Kästchens erteilen Sie Ihre Einwilligung, dass wir Ihre Gesundheitsinformationen auf diese Weise verarbeiten dürfen.

Ich stimme im Sinne des Datenschutzgesetzes ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenverordnung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträgern, Versicherungsunternehmen, sonstige Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundungen einzieht und diese Daten an den Versicherer übermittelt werden; ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen..

| | 2 | 0 |

Datum

Ort

Unterschrift versicherte Person

| | 2 | 0 |

Datum

Ort

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei einer privaten Unfallversicherung

Vorgangs-Nr.: _____

Vom behandelnden Hausarzt auszufüllen!

1) Zu- und Vorname des Patienten _____ 2) Geburtsdatum _____

3) Unfalldatum _____ 4) tatsächlich ausgeübter Beruf _____

5) Unfallhergang _____

6) Wann und wo hat sich der Verletzte erstmals in ärztliche Behandlung begeben? _____

7) Befund _____

8) Wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit? ja nein
wenn ja, welche _____

9) Sind Vorerkrankungen ursächlich für den Unfall (insbesondere Geistes- oder Bewusstseinsstörungen)? ja nein
wenn ja, welche _____
Mit welchem prozentualen Anteil wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit? _____ %

10) Lagen äußere Verletzungsanzeichen vor? ja nein
wenn ja, welche _____

11) Stand der Verletzte unter Alkohol-, Rauschmittel- oder Medikamenteneinfluss? ja nein

12) Wie hoch war der Alkoholspiegel? _____ ‰

13) Diagnose _____ 13a) Diagnoseschlüssel _____

14) Therapie und Behandlungsdauer _____

15) Welche Ärzte hat der Verletzte außer Ihnen konsultiert? (Name und Anschrift) _____

16) Name und Anschrift der behandelnden Klinik _____

Falls vorhanden, erbitten wir eine Kopie des Krankenhausberichtes.

Datum

Ort

Stempel, Unterschrift des Arztes

Chubb European Group SE,
Direktion für Deutschland |
Postfach 9000 | 1100 Wien

Telefon: 01-51 30 15 30
Telefax: +49 (69) 75613 6766