

Slysatilkynning - (vinsamlegast látið fylgja með vottorð frá heimilislækni eða heilsugæslu)

Tryggingarskráteini númer	Tjónanúmer (útfyllist af starfsmanni Allianz)			
Dagsetning slyss	Staðsetning slyss (land, póstnúmer, sveitarfélag)			
Tryggingartaki (eftirnafn, fornafn)	Hinn tryggði/hin tryggða (eftirnafn, fornafn)	Fæðingardagur		
Gata, húsnúmer	Gata, húsnúmer			
Land, póstnúmer, sveitarfélag	Land, póstnúmer, sveitarfélag			
Sími	Sími			
Starf	Starf			
Greiðslur til bankastofnunar	Bankanúmer	Reikningsnúmer	Reikningseigandi	
Lýsing á slysi				
Hvaða hlutar líkamans urðu fyrir skaða / tegund meiðsla	Frá vinnu vegna slyssins	Frá	til	
	Sjúkrahúslega	Frá	til	
Fyrsta meðhöndlun vegna slyss, heimilisfang lækni/sjúkrahúss	Veikindi (einnig áður)/ fötlun/fyrri slys	<input type="checkbox"/>	já <input type="checkbox"/> nei	
Framhaldsmeðhöndlun. Heimilisfang lækni/sjúkrahúss	Samgöngutæki sem notað var			
Pátttakendur í slysinu, vitni að slysinu	Var hinn slasaði stjórnandi farartækisins?	<input type="checkbox"/>	já <input type="checkbox"/> nei	
	Hafði hann tilskilin ökuleyfi?	<input type="checkbox"/>	já <input type="checkbox"/> nei	
	Aðrar slysatryggingar (einnig ógildar)	<input type="checkbox"/>	já <input type="checkbox"/> nei	
Lögreglustöð, dagbók nr.	Ef já, hverjar (fyrirtæki, heimilisfang, tryggingarnúmer)			
Hafði hinn slasaði drukkið áfengi, tekið lyf eða fíkniefni innan við 12 tímum fyrir slysið?	já	nei	Slys við heimilisstörf	Slys innan heimilisins
Var tekin blóðprufa af hinum slasaða?	já	nei	Umferðaslys	Slys við starf eða nám
			Önnur tegund slyss	
Læknar sem hafa meðhöndlað eða skoðað hinn tryggða, einnig í öðrum tilfellum, sem og önnur tryggingarfélag, eru hvattir til að gefa allar nauðsynlegar upplýsingar.	Ábending vegna upplýsingaverndar: Upplýsingar sem nauðsynlegar eru til úrvinnslu á tryggingunni og útborgun bóta munu verða skráðar hjá Allianz.			
Yfirlýsing: Ofangreindum spurningum hef ég samkvæmt bestu vitund svarað satt og rétt. Mér er kunnugt um að ef ég gef meðvitað röng svör eða ófullnægjandi má ég eiga vona á að missa tryggingabótarétt minn, einnig þó að svör mín hafi engar afleiðingar fyrir tryggingarfélag mitt.				
Staður, dagsetning	Undirskrift tryggingartaka	Undirskrift hins slasaða eða umboðsmanns hans		

Nauðsynleg gögn og leiðbeiningar vegna vinnslu á slysamáli

Gæta þarf að tímamörkum og hafa samband við skrifstofu Allianz eftir því sem málinu framvindur. Við munum þá senda þér þau gögn sem nauðsynleg eru og koma fram í yfirlitinu „Hvað þarf að hafa í huga þegar slys ber að höndum?“.

Meðhöndlandi lækni eða sjúkrahús þarf að fylla gögnin út.

Hvað þarf að hafa í huga þegar slys ber að höndum?

Í hjálögðu yfirliti viljum við benda á hvaða vottorð við þurfum og hvaða tímamörk þarf að hafa í huga. Við reynum að afgreiða tjónið eins fljótt og hægt er. Því er aðstoð þín nauðsynleg sem við viljum gera þér eins einfalda og mögulegt er. Við bendum sérstaklega á frestinn til þess að sýna fram á að um örorku sé að ræða en hann er 15 / 24* mánuðir.

Örorka vegna slyss þarf að vera tilkomin innan árs frá slysadegi, vera staðfest af lækni í síðasta lagi 15 / 24* mánuðum frá slysdagi og vera lögð fram af þér. Þessi staðfesting læknis innan 15 / 24* mánaða frá slysdagi er forsenda greiðslu. Missir þú af frestinum, er ekki hægt að fara fram á greiðslu vegna örorku. Vegna þessa biðjum við þig um læknisfræðilegt vottorð innan þessara tímamarka ef um örorku vegna slyssins er að ræða.

Vinsamlega hafðu samband við okkur í tíma. Við sendum þér eyðublað til útfyllingar af meðhöndlandi lækni og sem þú endursendir okkur sem fyrst.

Í tryggingarskírteini þínu koma fram upplýsingar um bótagreiðslur sem samið hefur verið um.

Um hvaða bætur er að ræða? (ef tryggt)	Hvenær þarf að grípa til aðgerða?	Hvað þarf að gera?
Sjúkrahúsdagpeningar / Batabætur	Ef legið er á sjúkrahúsi / eftir útskrift af sjúkrahúsi	Yfirlýsing frá sjúkrahúsi með upplýsingum um sjúkrahúsdvöl og greiningu
Biðtímagreiðslur / Dagpeningar	3 mánuðum, í síðasta lagi 4 mánuðum eftir slysið 6 mánuðum, í síðasta lagi 7 mánuðum eftir slysið	Fá læknaskýrslu yfir skerta starfsgetu og greiningu Fá læknaskýrslu yfir skerta starfsgetu og greiningu.
Örorkubætur	Tímanlega fyrir lok 15 / 24* mánaða frestsins eftir slysið	Fá læknaskýrslu sem staðfestir að innan árs frá slysinu hafi örorka myndast og senda okkur. Ekki þarf að liggja fyrir hve há örorkan er.

* Samkvæmt skilmálum tryggingarinnar

Samningsnúmer: _____

Schadenummer:

Dagsetning slyss: _____

Unfall vom:

Hinn tryggði: _____

Versicherte Person:

Samþykki og lausn frá þagnarskyldu vegna einstaklingsbundinna fyrirspurna um heilsufarsupplýsingar

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die individuelle Abfrage von Gesundheitsdaten

1. Fyrirspurn um heilsufarsupplýsingar hjá þriðja aðila til könnunar greiðsluskyldu

Til að sannreyna greiðsluskyldu í tryggingamáli þínu er nauðsynlegt að Allianz kanni upplýsingar um heilsufarsástand þitt sem þú hefur gefið sem rökstuðning fyrir kröfum eða koma fram í framlögðum gögnum (t.d. reikningum, læknafræðimælum, sérfræðiálitum) eða tilkynningum, t.d. frá lækni eða öðrum heilbrigðisstarfsmönnum.

Þessi sannprófun fer aðeins fram að svo miklu leyti sem það er nauðsynlegt. Til þess þarf Allianz samþykki þitt og einnig lausn frá þagnarskyldu fyrir sig og þessa aðila ef senda þarf heilsufarsupplýsingar eða aðrar upplýsingar verndaðar samkvæmt § 203 refsilaga (StGB) til annarra innan ramma þessara fyrirspurna.

Ég samþykki að Allianz – að svo miklu leyti sem það er nauðsynlegt fyrir bótamálskönnun – afli heilsufarsupplýsinga um mig hjá:

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Allianz Versicherungs-AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Allianz Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die Allianz Versicherungs-AG - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei:

- **Lækning, dr. Atli Þ. Ólason, Lágmúla 5, 108 Reykjavík**

- _____
- _____
- _____

og noti þær til að sannreyna greiðsluskyldu.

erhebt und zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ég leysi nefnda aðila og starfsmenn nefndrar stofnunar undan þagnarskyldu þeirra að svo miklu leyti sem leyfilega geymdar heilsufarsupplýsingar mínar úr rannsóknum, ráðgjöf og meðferð eru sendar áfram.

Ég samþykki að auki að í þessu samhengi – svo sem þörf krefur – sendi Allianz heilsufarsupplýsingar mínar til þessara aðila og leysi að því leyti þá aðila sem starfa fyrir Allianz undan þagnarskyldu þeirra.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Allianz Versicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Allianz Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Afhending upplýsinga til læknisfræðilegs mats

Til að sannreyna greiðsluskyldu kann að vera nauðsynlegt að kalla til læknisfræðilega matsmenn. Allianz þarf samþykki þitt og lausn undan þagnarskyldu ef heilsufarsupplýsingar þínar og aðrar upplýsingar verndaðar samkvæmt §203 refsilaga (StGB) eru sendar öðrum í þessu samhengi.

Ég samþykki að Allianz afhendi læknisfræðilegum matsmönnum heilsufarsupplýsingar mínar að svo miklu leyti sem það er nauðsynlegt innan ramma könnunar greiðsluskyldu og heilsufarsupplýsingar mínar verði notaðar þar eins og til var ætlast og niðurstöðurnar sendar aftur til Allianz. Hvað varðar heilsufarsupplýsingar mínar og aðrar upplýsingar verndaðar samkvæmt § 203 refsilaga (StGB) leysi ég þá aðila sem starfa fyrir Allianz og matsmennina undan þagnarskyldu þeirra.

2. **Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Allianz Versicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

Ich willige ein, dass die Allianz Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Allianz Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Allianz Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. **Skipti á upplýsingum við Ábendinga- og upplýsingakerfið**

Til nákvæmara áhættu- og bótamáls mats notar tryggingageirinn ábendinga- og upplýsingakerfið HIS sem informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) rekur núna. Allianz getur tilkynnt HIS-kerfinu um fyrirbæri sem gætu bent til tryggingasvika. Allianz og önnur tryggingafélög biðja um upplýsingar úr HIS-kerfinu innan ramma greiðslukönnunar þegar réttmætir hagsmunir eru fyrir hendi. Að vísu er þá ekki miðlað neinum heilsufarsupplýsingum en til að miðla upplýsingum þínum, sem eru verndaðar samkvæmt § 203 refsilaga (StGB), þarft þú að veita Allianz lausn undan þagnarskyldu.

Ég leysi þá aðila sem starfa fyrir Allianz undan þagnarskyldu þeirra að svo miklu leyti sem þeir tilkynna upplýsingar úr greiðslukönnun til þess sem rekur ábendinga- og upplýsingakerfið HIS hverju sinni.

Ef það er nauðsynlegt til að sannreyna greiðsluskyldu er hægt að nota HIS-kerfið til að finna tryggingafélög, sem þú hefur verið í sambandi við í fortíðinni og gætu búið yfir upplýsingum sem varða málið. Hjá þeim er hægt að afla upplýsinga sem eru nauðsynlegar til frekari greiðslukönnunar.

3. **Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Allianz Versicherungs-AG an das HIS melden. Die Allianz Versicherungs-AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Allianz Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Allianz Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Staður / dagsetning

Ort / Datum

Undirskrift hins slasaða

(forráðamanns (ef um barnatryggingu er að ræða))

Unterschrift der verletzten Person

(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Vinsamlega athugaðu eftirfarandi ábendingar um tryggingavernd í slysatryggingu þinni.

Í tryggingarskírteininu koma fram hvaða tryggingagreiðslur þú hefur samið um við okkur. Forsendur fyrir tryggingagreiðslum eru tilgreindar í „Almennir tryggingarskilmálar“ eða „Sérstakir tryggingarskilmálar“.

Við vekjum sérstaklega athygli á eftirfarandi forsendum til greiðslu bóta og frestum.

Biðtímabætur:

Réttur til 50% biðtímabóta er fyrir hendi þegar líkamleg eða andleg hæfni hins tryggða er:

- Skert um 100% vegna slyssins, eftir 3 mánuði talið frá slysadegi, án áhrifa sjúkdóma eða kvilla.
- Skerðingin hefur staðið óslitið innan þessara 3ja mánaða.

Réttur til þeirra 50% sem eftir eru eða fullra biðtímabóta verður til þegar líkamleg eða andleg hæfni hins tryggða er:

- Skert um meira en 50% eða 100%* vegna slyssins, eftir 6 mánuði talið frá slysadegi, án áhrifa sjúkdóma eða kvilla.
- Skerðing hefur staðið óslitið innan þessara 6 mánaða.

Kröfuna verður að leggja fram ásamt læknisvottorð í síðasta lagi 4 eða ef við á 7 mánuðum eftir að slysið varð. Það gildir óháð því hvort þú hafir áður tilkynnt okkur um slysið eða ekki.

Ef þú gætir ekki frestsins til að leggja kröfuna fram getur það leitt til þess að réttur til biðtímabóta falli niður.

Örorkubætur:

Réttur til örorkubóta er fyrir hendi þegar andleg eða líkamleg hæfni hin tryggða skerðist varanlega vegna slyss (örorka) og örorkan er:

- Komin fram innan 1 árs eftir slysið
- Hefur verið skriflega staðfest af lækni innan 15 / 24* mánaða frá slysadegi
- Þú hefur lagt fram kröfu vegna örorku innan 15 / 24* mánaða frá slysadegi (jafnvel þó þú hafir þegar tilkynnt okkur um slysið)

Ef þessum kröfum er ekki fullnægt fellur réttur til örorkubóta niður.

Tilkynninga- og upplýsingaskylda

Í tryggingarsamningum er tilgreint hvaða tilkynninga- og upplýsingaskyldu þú hefur eftir tilkomu bótamáls.

Við bendum þér sérstaklega í stuttu máli á eftirfarandi atriði:

- Skyldu til að veita upplýsingar til staðfestingar á bótamálinu eða umfangi greiðsluskyldu okkar, einkum upplýsingar sannleikanum samkvæmt í slysatilkynningunni sem þú sendir.
- Rannsókn lækna í umboði okkar í því umfangi sem nauðsynlegt er til að staðfesta greiðsluskyldu okkar.
- Leyfisveitingu til annarra tryggingafélaga og yfirvalda til að veita allar nauðsynlegar upplýsingar sem þarf til að kanna kröfurnar sem lagðar eru fram.
- Ef brotið er gegn samningsbundnum skyldum að yfirlögðu ráði erum við ekki greiðsluskyld. Ef brotið er gegn þeim af vítaverðu gáleysi er hægt að skerða bætur eftir því hve sökin er mikil.
- Greiðsluskylda er þó fyrir hendi einnig þegar um er að ræða brot af yfirlögðu ráði og vítavert gáleysi ef brotið gegn skyldunni hefur hvorki áhrif á staðfestingu bótamálsins né staðfestingu umfangs greiðsluskyldu okkar, nema ef brotið er gegn skyldunni í blekkingarskyni.

* Fer eftir gildandi skilmála tryggingarinnar

Lýtaaðgerðir:

Í slysatryggingu þinni er kostnaður við lýtaaðgerðir vegna slyss tryggður.

- Við greiðum ef útlit hins tryggða helst varanlega skaðað eftir að lækni meðferð er lokið.
- Ef hinn tryggði lætur framkvæma aðgerð til að lagfæra þennan skaða berum við kostnaðinn sem tengist aðgerðinni og klínískri meðferð.
- Ef annar bótaskyldur aðili (t.d. sjúkratryggingar) kemur að málinu greiðum við aðeins kostnaðinn sem umfram er.
- Vinsamlega láttu aðra bótaskylda aðila (t.d. sjúkratryggjendur ábyrgðatrygginga mótaðilans) staðfesta hvort og hversu hár kostnaður var bættur. Áritun á frumrit reiknings nægir.
- Aðgerðin verður að hafa farið fram fyrir lok þriðja árs frá slysadegi.