

**Slysatilkynning – Schadenmeldung zur Unfallversicherung**  
**(Vinsamlegast látið fylgja með vottorð frá heimilislækni eða heilsugæslu)** ggf. ärztliches Attest beifügenTryggingarskírteini númer (útfyllist af starfsmanni Allianz)  
*Versicherungsscheinnummer*Tjónanúmer (útfyllist af starfsmanni Allianz)  
*Schadennummer*Dagsetning slyss *Unfalltag*Staðsetning slyss (land, póstnúmer, sveitarfélag) *Unfallort*Tryggingartaki (fornafn, eftirnafn)  
*Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)*Fæðingardagur  
*Geburtsdatum*Hinn tryggði/hin tryggða (fornafn, eftirnafn)  
*Versicherte Person (Zuname, Vorname)*Fæðingardagur  
*Geburtsdatum*Gata, húsnúmer *Strasse, Hausnummer*Gata, húsnúmer *Strasse, Hausnummer*Póstnúmer, sveitarfélag *PLZ, Ort*Póstnúmer, sveitarfélag *PLZ, Ort*Sími *Telefon*Sími *Telefon*Netfang *Email*Netfang *Email*Starf *Berufliche Tätigkeit*Starf *Berufliche Tätigkeit*Greiðslur til bankastofnunar  
*Zahlungen an Geldinstitut*Swift  
*BIC*IBANnr.  
*IBAN*Nafn reikningseiganda  
*Kontoinhaber*Lýsing á slysi: *Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)*Hvaða hlutar líkamans urðu fyrir skaða: *Verletztes Körperteil*Tegund meiðsla: *Art der Verletzung*Fyrsta meðhöndlun vegna slyss: (dagsetning og aðsetur læknis/sjúkrahúss) *Wann fand die Erstbehandlung statt?*Sjúkrahúslega *Erfolgte diese stationär? ggf. den Zeitraum eingeben* Frá/von:

til/bis:

Framhaldsmeðhöndlun: (aðsetur lækni/sjúkrahúss) *Fanden weitere Behandlungen statt?*

Sjúkrahúslega *Erfolgte diese stationär? ggf. Zeitraum eingeben*  
 Fyrri slys *Frühere Unfälle*  já/ja  nei/nein

Frá/von: \_\_\_\_\_ til/bis: \_\_\_\_\_  
 Ef já, hvenær og hvaða? *ggf. wann und welche?*

Umönnunarbætur *Pflegestufe*  já/ja  nei/nein

Ef já, síðan hvenær og hvaða? *ggf. Seit wann und welche?*

Aðrar slysatryggingar hjá Allianz  já/ja  nei/nein  
 (líka óvirkar)  
*weitere Unfallversicherungen bei der Allianz*

Ef já, hvaða? *ggf. welche?*

Aðrar slysatryggingar hjá öðrum  já/ja  nei/nein  
 tryggingafélögum (líka óvirkar)  
*weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften*

Ef já, hvaða? *ggf. welche?*

Var slysið tilkynnt til lögreglu?  já/ja  nei/nein  
*Wurde der Unfall polizeilich gemeldet?*

Vinsamlegast merkið við: *(Bitte ankreuzen)*

- Slysið við heimilisstörf *Unfall bei Tätigkeit im Haushalt*
- Slysið við starf eða nám *Berufs- oder Schulunfall*
- Umferðaslys *Wegeunfall (von / zur Arbeitsstelle oder Schule)*
- Slysið innan heimilisins *Unfall im häuslichen Bereich ohne Bezug zum Haushalt*
- Önnur tegund slyss *sonstiger Unfall*

Hafði hinn slasaði drukkið áfengi, tekið lyf eða fíkniefni innan við 12 tímum fyrir slysið? *Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen?*

Frekari ábendingar við tjónatilkynninguna: *Zusätzliche Hinweise zur Schadenmeldung, ggf. Bitte eintragen*

Staður, dagsetning hans

Undirskrift tryggingartaka

Undirskrift hins slasaða eða umboðsmanns

## 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?“.

Heimilislæknir eða sjúkrastofnun 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 slysdegi, vera staðfest af lækni í síðasta lagi 15 / 24\* mánuðum frá slysdegi og vera lögð fram af þér. Þessi staðfesting læknis innan 15 / 24\* mánaða frá slysdegi 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 þá eyðublað til útfyllingar af heimilislækni eða heilsugæslustöð 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 skv. skilmála)	Hvenær þarf að grípa til aðgerða?	Hvað þarf að gera?
Sjúkrahúsdagpeningar / Batabætur	Ef legið er á sjúkrahúsi / eftir útskrift af sjúkrahúsi	Leggja fram yfirlýsingu frá sjúkrahúsi með upplýsingum um sjúkrahúsdvöl og greiningu
Bráðabætur	þarf að koma fram í slysatilkynningu	Leggja fram læknisvottorð vegna áverka.
Biðtímagreiðslur / Dagpeningar	3 mánuðum, í síðasta lagi 4 mánuðum eftir slysið 6 mánuðum, í síðasta lagi 7 mánuðum eftir slysið	Leggja fram læknaskýrslu yfir skerta starfsgetu og greiningu Fá læknaskýrslu yfir skerta starfsgetu og greiningu.
Örorkubætur	Tímanlega fyrir lok 15 / 24* mánaða frestsins eftir slysið	Leggja fram læknaskýrslu sem staðfestir að örorka hafi myndast innan árs frá slysinu. Ekki þarf að liggja fyrir hve há örorkan er.

\* Samkvæmt skilmálum tryggingarinnar

Samningsnúmer: \_\_\_\_\_  
Schadennummer:

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 á 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, sérfræðialítum) 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:

- Heilsuvernd, Urðarhvarf 14, 203 Kópavogur

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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 lækisfræðilegs mats

Til að sannreyna greiðsluskyldu kann að vera nauðsynlegt að kalla til lækisfræðilega 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 lækisfræðilegum 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 fyrribæri 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

(fórráðamanns (ef um barnatryggingu er að ræða))

Unterschrift der verletzten Person

(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)