

Tilkynning um tjón

Þarf að hafa borist Allianz innan árs frá slysadegi
Schadenmeldung zur Unfallversicherung ggf. ärztliches Attest beifügen

Útfyllist af
starfsmanni Allianz

Samningsnúmer _____ Tjónanúmer _____
Versicherungsscheinnummer Schadennummer

Almennar upplýsingar

Tryggingartaki (fullt nafn) _____
Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)

Kennitala _____
Geburtsdatum

Heimilisfang _____
Adresse

GSM _____ Netfang _____
Telefon Email

Starf _____
Beruf

Hinn tryggði/hin tryggðá (fullt nafn) _____
Versicherte Person (Zuname, Vorname)

Kennitala _____
Geburtsdatum

Heimilisfang _____
Adresse

GSM _____ Netfang _____
Telefon Email

Starf _____
Beruf

Upplýsingar um slys

Dagsetning slyss _____ Staðsetning slyss _____
Unfalltag Unfallort

Var slysið tilkynnt til lögreglu? Já Nei
Wurde der Unfall polizeilich gemeldet?

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

Vinsamlegast merkið við Slysið við heimilisstörf Umferðaslys
Bitte ankreuzen Unfall bei Tätigkeit im Haushalt Wegeunfall (von/zur Arbeitsstelle oder Schule)

Önnur tegund slyss Slysið við starf eða nám Slysið innan heimilisins
sonstiger Unfall Berufs- oder Schulunfall Unfall im häuslichen Bereich

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, lækni/sjúkrahús/Heilsugæsla)
Wann fand die Erstbehandlung statt?

Sjúkrahúslega frá _____ til _____
Erfolgte diese stationär? ggf. den Zeitraum eingeben von/bis

Framhaldsmeðhöndlun (aðsetur lækni/sjúkrahúss) Já Nei
Fanden weitere Behandlungen statt?

Hvaða _____
Welche?

Sjúkrahúslega frá _____ til _____
Erfolgte diese stationär? ggf. den Zeitraum eingeben von/bis

Vinsamlegast látið fylgja með vottorð frá meðhöndlandi lækni eða sjúkrastofnun.

Bankaupplýsingar IBANnr. _____

Swift _____
BIC

Nafn reikningseiganda _____
Kontoinhaber

Frekari ábendingar við tjónatilkynninguna _____
Zusätzliche Hinweise zur Schadenmeldung, ggf. bitte eintragen

Undirrituð/aður vottar hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt.

Staður og dagsetning

Undirskrift tryggingartaka

Undirskrift hins slasaða eða umboðsmanns

Samþykki og lausn frá þagnarskyldu vegna einstaklingsbundinna fyrirspurna um heilsufarsupplýsingar

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die individuelle Abfrage von Gesundheitsdaten

Samningsnúmer _____ Dagsetning slyss _____
Vertragsnummer _____ Unfall vom _____

Hinn tryggði/hin tryggða (fullt nafn) _____
Versicherte Person

1. Fyrirspurn um heilsufarsupplýsingar hjá þriðja aðila til könnunar á greiðsluskyldu

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

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, læknafrýrmælum, 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:

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:

- **Vinnuvernd, Holtasmára 1, 201 Kópavogur**

og noti þær til að sannreyna greiðsluskyldu.

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.

erhebt und zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht verwendet. 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

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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.

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

Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

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.

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)