

Krankheit

Art der Erkrankung

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Unfall

Datum und Ort des Unfalles

Beschreibung des Unfallherganges und der erlittenen Verletzungen

Behördliche Aufnahme?

nein ja, durch

Aktenzahl

Liegt Fremdverschulden vor?

nein ja, Name, Anschrift

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/Polizzenummer

Wann und durch wen haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt?

nein ja

ambulant

stationär

Krankenhaus (Bitte legen Sie vorhandene Aufenthaltsbestätigungen und medizinische Befunde bei):

von/bis einschließlich

Bestätigung des behandelnden Arztes

Datum

der Erstbehandlung

Symptome

Sind Ihnen früher aufgetretene Erkrankungen bekannt, die mit der jetzigen Krankheit in Zusammenhang stehen könnten (bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)?

nein ja

Welcher Art?

von/bis

Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet?

Andere wichtige ärztliche Mitteilungen

Völlige (100 %ige) Arbeitsunfähigkeit

Völlige (100 %ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann

von/bis einschließlich

Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten.

von/bis einschließlich

Ist die Behandlung beendet?

nein ja

Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?

Berichtshonorar überweisen an Kontoinhaber

IBAN

SWIFT-Code (BIC)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Diagnose

Arbeits-
unfähigkeit

Bankver-
bindung

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber	IBAN	SWIFT-Code (BIC)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mehrkosten-
deckung

Mehrkostendeckung für Ersatzarbeitskräfte (wenn mitversichert)

Familienname, Vorname, Titel der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Geburtsdatum (JJJ/MM/TT)

Anzahl der Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente)

Bitte legen Sie die Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers (z.B. Gebietskrankenkasse) bei.

Ich stimme zu, dass die Allianz Elementar Versicherungs-AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus diesem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder –beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/ Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Ich stimme weiters zu, dass die Allianz Elementar Versicherungs-AG Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Ich entbinde alle oben angeführten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang dieser Zustimmungserklärung und ermächtige sie, der Allianz Elementar Versicherungs-AG alle unerlässlichen Auskünfte und Kopien von Unterlagen zu geben.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass gemäß der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/In

Zutreffendes bitte ankreuzen!