

SCHADENSMELDUNG - ABLEBEN

Zu dem von Ihnen gemeldeten Todesfall möchten wir Ihnen unser Bedauern aussprechen.

Wir geben unser Bestes, dass wir Ihnen in dieser schwierigen Situation helfen können.

Wir haben für Sie eine kurze Anleitung für eine rasche Schadensmeldung zusammengestellt:

1. **Füllen Sie folgendes Formular bitte (wenn möglich) elektronisch aus.**
2. **Geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer bekannt.**
Wir benötigen diese Informationen, um in gesicherter elektronischer Form mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können.
3. **Wir benötigen folgende Dokumente (Kopie, Scan oder Foto):**
Wir behalten uns das Recht vor, in Einzelfällen Originale anzufordern.

Immer:

- vollständig** ausgefüllte **Schadensmeldung** (nachfolgende Seiten)
- eine Sterbeurkunde** – amtlich ausgestellt oder in amtlich beglaubigter Kopie
- ärztlicher Befund bezüglich der Erstdiagnose, die zum Ableben geführt hat**
 - wir benötigen das exakte Datum, wann die zum Ableben geführte Krankheit begonnen hat
 - im Falle eines Unfalls übermitteln Sie uns bitte den Unfallbericht (inkl. Hergang des Unfalls)

Optional:

- Hat eine Behandlung durch einen Facharzt stattgefunden? **ärztlicher Befundbericht des Facharztes**
- Kam es zu einem Krankenhausaufenthalt? **ärztlicher Befundbericht des Spitals**
- Wurde der Unfall polizeilich gemeldet? **behördliche Aufzeichnung über den Unfallhergang (Polizeibericht)**
- Liegt ein Obduktionsprotokoll vor? **Obduktionsprotokoll**

4. **Sollten Ihnen keine medizinischen Befundberichte vorliegen, fordern Sie diese bitte bei den entsprechenden Behörden, beim behandelnden Hausarzt oder den behandelnden Fachärzten an. Sollten wir keine Dokumente erhalten, müssen wir diese selbst anfordern, was den Bearbeitungsprozess des Schadensfalles verzögert.**
5. **Bitte senden Sie alle Dokumente an folgende E-Mail-Adresse: leistung@cardif.com.**
Durch die **Zusendung aller Dokumente via E-Mail** helfen Sie uns die Bearbeitungsdauer zu verkürzen.
6. **Wir kümmern uns umgehend um die Abwicklung.**
Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne auch telefonisch unter **+43 (0)1 533 98 78 83** zur Verfügung.

SCHADENSMELDUNG - ABLEBEN

VERSICHERTE PERSON

Vor- und Nachname: Geburtsdatum: Geburtsland: Vertragsnummer: Nationalität:

KONTAKTPERSON

Vor- und Nachname: Telefon: E-Mail:

Können wir Sie per E-Mail kontaktieren?

- Ja**, ich möchte mit Cardif Lebensversicherung elektronisch kommunizieren und verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet.
- Nein**, ich möchte mit Cardif Lebensversicherung nicht elektronisch kommunizieren.

Ausschließlich jene Dokumente, Erklärungen, Unterlagen oder sonstige Informationen im Zusammenhang mit der Bearbeitung des gegenständlichen Schadensfalles, können rechtswirksam elektronisch an die von mir bekanntgegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden. Erklärungen und Informationen, die an die Cardif Lebensversicherung gerichtet werden, sind an folgende E-Mail-Adresse zu übermitteln: leistung@cardif.com. Sowohl ich, als auch die Cardif Lebensversicherung, verpflichten sich, Änderungen in Bezug auf die E-Mail-Adresse bekannt zu geben. Auch bei vereinbarter elektronischer Kommunikation habe ich das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Informationen auf Papier ausgefolgt zu erhalten. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen von mir, oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam. Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation für den Schadensfall kann von mir oder der Cardif Lebensversicherung jederzeit widerrufen werden.

ADRESSDATEN

Kontaktanschrift der Kontaktperson:

Adresse: Adresszusatz: Ort: Postleitzahl: Bundesland:

KRANKHEIT/UNFALL

Informationen zum Todesfall:

Sterbedatum: Ableben aufgrund von: Krankheit Unfall

Bitte beschreiben Sie die Diagnose/den Unfallhergang:

Wurde aufgrund dieser Diagnose bereits in der Vergangenheit eine Behandlung vorgenommen?

 Ja Nein Wann:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, geben Sie uns bitte die aufnehmende Dienststelle und das Aktenzeichen bekannt.

Dienststelle: Aktenzeichen:

Bitte geben Sie uns auch den Namen und die Adresse des zuständigen Notars bekannt:

Kontaktinformationen des behandelnden Hausarztes:

Name:

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

Kontaktinformationen des behandelnden Facharztes:

Name:

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

Informationen für eine mögliche Überweisung der doppelten Versicherungsleistung

Im Fall des Ablebens vor dem 60. Geburtstag erfolgt doppelte Versicherungsleistung. Der Teil der Versicherungsleistung, der den offenen Betrag des Kundenkontos zum Zeitpunkt des Ablebens übersteigt, wird auf das von Ihnen angegebene Bankkonto überwiesen.

IBAN:

Alle Angaben wurden von mir vollständig und wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich alle für mich getätigten Leistungen zurückzahlen muss und alle meine Rechte gemäß den Versicherungsbedingungen verliere, wenn ich falsche Angaben mache. Mir ist bekannt, dass gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend gemacht werden können. Ich bin gegenüber Cardif Lebensversicherung für den Eintritt des Schadensfalles beweispflichtig.

Hiermit bestätige ich meine Einwilligung, dass Cardif Lebensversicherung meine Daten mit aktuellen Sanktionslisten zur Vermeidung von Versicherungsbetrug, Geldwäsche und Finanzierung von Terrorismus abgleichen darf. Weitere Datenschutzinformationen zur Verarbeitung von persönlichen Daten können jederzeit unter <https://bnpparibascardif.at/datenschutz> eingesehen werden.

Ich ermächtige hiermit Cardif Lebensversicherung jene personenbezogenen Gesundheitsdaten von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, anderen Personenversicherern und Behörden, von Sozialversicherungsträgern oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über meine Gesundheitsverhältnisse und Diagnosen, die im Zusammenhang mit dem gegenständlichen Schadensfall stehen, einzuholen.

Personenbezogene Gesundheitsdaten im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im gegenständlichen Schadensfall zur Beurteilung erforderlichen Auskünfte über Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen, Art und Dauer der Behandlung von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (wie z.B. Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, über die Medikation, zu allfälligen Unfallgründen, zu erbrachten Behandlungen, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; wie etwa Anamnese, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Pflegebericht, Entlassungsbericht).

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Zustimmungserklärung zur Datenverwendung, -ermittlung und -übermittlung sowie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht binnen 14 Tagen von Ihnen schriftlich widerrufen werden kann. Weiters dürfen wir Sie davon in Kenntnis setzen, dass ein Widerruf der Zustimmungserklärung Verzögerungen in der Leistungsprüfung nach sich ziehen kann.

Ort am

Unterschrift
(falls ausgedruckt)



Im Falle einer Beschwerde können Sie sich per E-Mail oder Post an uns wenden. (beschwerde.at@cardif.com; Cardif Lebensversicherung, Vordere Zollamtsstraße 13, 1030 Wien).

Es stehen Ihnen auch folgende Beschwerdestellen offen:

Verein „Schlichtung für Verbrauchergeschäfte“, 1060 Wien, Mariahilfer Straße 103/1/18; www.verbraucherschlichtung.at

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien; versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.

Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien wenden. Federführend ist das zuständige französische Aufsichtsamt ACPR ("Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution"); 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09, France.