

SCHADENSMELDUNG - ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Wir freuen uns, dass Sie eine Versicherung bei uns abgeschlossen haben und glauben daran, 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 **Schadenmeldung** (nachfolgende Seiten)
- eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** - von Ihrem Sozialversicherungsträger (ÖGK, BVAEB, ...) ausgestellt
- ärztlicher Befund bezüglich der Erstdiagnose**
 - wir müssen wissen, seit wann Sie erstmalig bezüglich Ihrer Arbeitsunfähigkeit behandelt wurden
 - im Falle eines Unfalls übermitteln Sie uns bitte den Unfallbericht (inkl. Hergang des Unfalls)

Optional:

- Wurden Sie von einem Facharzt behandelt? **ärztlicher Befundbericht des Facharztes**
- Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt? **ärztlicher Befundbericht des Spitals**
- Wurde der Unfall polizeilich gemeldet? **behördliche Aufzeichnung über den Unfallhergang (Polizeibericht)**
- Hatten Sie einen Arbeitsunfall? **Unfallbericht der AUVA**

4. **Sollten Ihnen keine medizinischen Befundberichte** vorliegen, **fordern** Sie diese bitte bei Ihrem **Hausarzt** oder den **behandelnden Fachärzten** an. **Sollten wir keine Dokumente erhalten**, müssen wir diese selbst anfordern, was den **Bearbeitungsprozess** Ihres Versicherungsfalles **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 – ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VERSICHERTE PERSON

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: Geburtsland:

Vertragsnummer: Nationalität:

Telefon*: E-Mail*:

Können wir Sie per E-Mail kontaktieren?

- Ja**, ich möchte mit Cardif Allgemeine Versicherung elektronisch kommunizieren und verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet.
- Nein**, ich möchte mit Cardif Allgemeine Versicherung 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 Allgemeine Versicherung gerichtet werden, sind an folgende E-Mail- Adresse zu übermitteln: leistung@cardif.com. Sowohl ich, als auch die Cardif Allgemeine Versicherung, 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 Allgemeine Versicherung jederzeit widerrufen werden.

ADRESSDATEN

Wohnanschrift (versicherte Person):

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

Kontaktanschrift, wenn eine Abweichung zur Wohnanschrift besteht:

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

KRANKHEIT/UNFALL

Informationen zu Ihrer Krankheit/Ihrem Unfall:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsunfähigkeit aufgrund von: Krankheit Unfall

Bitte beschreiben Sie Ihre Diagnose/Ihren Unfallhergang:

Wurden Sie aus diesem Grund bereits in der Vergangenheit behandelt? Ja Nein Wann:

Beziehen Sie sonstige Leistungen? (z.B. Alterspension, Rehabilitationsgeld) Ja Nein

Welche:

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

Dienststelle:

Aktenzeichen:

Kontaktinformationen des behandelnden Hausarztes:

Name:

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

Kontaktinformationen des behandelnden Facharztes:

Name:

Adresse:

Adresszusatz:

Ort:

Postleitzahl:

Bundesland:

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 Allgemeine Versicherung für den Eintritt des Versicherungsfalles beweispflichtig.

Hiermit bestätige ich meine Einwilligung, dass Cardif Allgemeine Versicherung 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 Allgemeine Versicherung 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 Leistungsfall stehen, einzuholen.

Personenbezogene Gesundheitsdaten im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im gegenständlichen Leistungsfall 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 Allgemeine Versicherung, 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.