



Schadenmeldung

Betriebsunterbrechungsversicherung

Jedes Ereignis, das einen Leistungsanspruch zur Folge hat oder haben könnte, ist unverzüglich zu melden. Ein Versäumen dieser Anzeigepflicht kann zum gänzlichen Verlust eines Leistungsanspruches führen.

Im Fall von Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie der dafür vorgesehene Abschnitt auf der Rückseite dieses Formulars vom behandelnden Arzt ausfüllen und bestätigen zu lassen.

Allgemeine Daten

Polizzenummer/
Schadennummer

1 0 7	-		
Polizzennummer (unbedingt angeben)		LD	Schadennr. (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer/
Versicherte Person

Familiename, Vorname, Titel bzw. Firmenname		Geburtsdatum JJJJ/MM/TT	
Adresse			
tagsüber erreichbar unter Tel.Nr.		E-Mail/Homepage	

Angaben zum Betrieb

Geben Sie bitte einen kurzen Überblick über Ihre konkreten betrieblichen Tätigkeiten:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Anzahl der Angestellten:

Bestehen weitere Betriebsunterbrechungsversicherungen? nein ja →

bei/Anstalt

Polizzennummer

Angaben zur Be- triebsunterbrechung

a) **gänzliche Unterbrechung** (Betrieb geschlossen) → von/bis

b) **teilweise Unterbrechung** (Weiterführung des Betriebes durch Mitarbeiter) → von/bis

Welche Tätigkeiten konnten nicht ausgeübt werden?

c) **keine Unterbrechung** (jedoch Mehrkosten durch Vertretung, Überstunden etc., Nachweis erforderlich) EUR

Angaben zum Schadenereignis

a) durch einen Personenschaden

• Krankheit

Art der Erkrankung

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

• Unfall

Ort des Unfalles

Beschreibung des Ereignisablaufes

Behördliche Aufnahme?

nein ja, durch

Aktenzahl

Liegt Fremdverschulden vor?

nein ja, durch

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

von/bis

b) durch einen Sachschaden

• Elementarereignis (Feuer, Sturm, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl etc.)

Wann und in welcher Art ist das Ereignis eingetreten?

Zuständiger Versicherer der Gebäudeversicherung/Anstalt/Polizzenummer

Schadenbesichtigung durch (Name des Sachverständigen/Telefonnummer)

Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle, diesen Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf (Bank-Name)

BLZ

Konto

Bei Auslandsüberweisung (IBAN-Code)

BIC-Code

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne 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: VersicherungsnehmerIn

Bestätigung des behandelnden Arztes

Diagnose

Datum der ersten Behandlung

Symptome

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit der jetzigen Krankheit in Zusammenhang stehen könnten (bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)? nein ja

Wann und welcher Art?

Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet?

Andere wichtige ärztliche Mitteilungen

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%)ige Arbeitsunfähigkeit

von/bis einschließlich

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

teilweise Arbeitsunfähigkeit

von/bis einschließlich

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.

Ist die Behandlung beendet?

ja

nein

Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?

Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name)

BLZ

Konto

Bei Auslandsüberweisung (IBAN-Code)

BIC-Code

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes



Zutreffendes bitte ankreuzen!