

Schadensmeldung Betriebsunterbrechung

Polizzaummer und Versicherungsgesellschaft

Daten des Versicherungsnehmers

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Beruf

E-Mail

Telefon

Daten über den Unfall oder die Krankheit

Schadenszeitraum

von

bis

Schadenort

Bei behördlicher Aufnahme-Aktenzahl

Behörde

Schadenssumme

Euro

Bei Unfall – schuldhaftige Personen und/oder Zeugen

Name

Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail

Telefon

Polizzennr./Versicherungsges.-wenn bekannt

Name

Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail

Telefon

Polizzennr./Versicherungsges.-wenn bekannt

Wenn es Zeugen gibt, dann nennen Sie Namen, Anschrift, Telefon, E-Mail

Bei Unfall - genaue Beschreibung

Schildern Sie bitte den Verlauf des Unfalls

 Beschreiben Sie bitte Art und Ausmaß der EIGENEN Verletzung

Bei Krankheit - genaue Beschreibung			
Beginn		Ende	
Diagnose			
Trat die Krankheit zum ersten Mal auf?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wann trat sie zum ersten Mal auf?			
Bisherige Behandlung			

Bei Unfall und Krankheit			
Name und Adresse des behandelnden Arztes			
Sind bzw. waren Sie in Krankenhauspflege?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie bei Eintritt des Unfalls/ der Krankheit vollkommen gesund?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht für Sie bei einer anderen Versicherung eine BU-Versicherung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja,			
Versicherungsges.		Polizzennr.	
Bei stationären Aufenthalt, Krankenhausaufenthaltsbestätigung beigelegt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Krankenstand zu Hause, Bestätigung des behandelnden Arztes beigelegt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahlung der Entschädigung an			
Kontoinhaber:			
IBAN:	AT		BIC:
Bankinstitut:			

Ermächtigung und Bankverbindung	
Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall	
Ich erkläre hiermit dem Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.	
Umfang der erforderlichen Auskünfte	
Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen 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, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.	
Des Weiteren ermächtigt ich den genannten Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.	
Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.	

Datum	
-------	--

Unterschrift