

## SCHADENBERICHT Betriebsunterbrechung infolge Krankheit oder Unfall

Versicherungsunternehmen:		
Polizzen-Nummer(n):	Schaden-Nummer(n):	
Versicherungsnehmer:		
Familien- u. Vorname:		
Adresse:		
Geburtsdatum:	Telefon-Nr.:	E-Mail:
Name des Geldinstitutes:	BIC:	IBAN (LKZ/BLZ/Kontonummer):
-----/-----/-----		
Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.		
Stillstand des Betriebes	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> gar nicht	Wurden Ersatzkräfte eingestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Betriebsunterbrechungsversicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gesellschaft:	Polizzen-Nummer(n):	
<input type="checkbox"/> <b>Krankheit</b>		
Datum des Auftretens der Krankheit:	Wer ist Pflichtversicherer:	
Symptome:		
Genau Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen usw.):		
Ist diese oder eine ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?		
Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:		
<input type="checkbox"/> <b>Unfall</b>		
Datum des Unfalles:	Uhrzeit:	Ort:
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?		
Genau Schilderung von Ursache und Hergang:		
Erlittene Verletzungen:		
Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?		Geschäftszahl:
Alko-Test?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, Ergebnis:	Unfallzeugen:

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist verpflichtet, die wahrheitsgemäß und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der o.a. Versicherung unverzüglich zurückzusenden.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht. Nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen ermächtigt der Versicherte

- a) die Ärzte, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der **o.a. Versicherung** sowie deren Vertreter und der **Consulting Company Versicherungsmakler GmbH, Petzoldstr. 1, 4600 Wels** auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen,
- b) die **o.a. Versicherung** bzw. deren Vertreter und der **Consulting Company Versicherungsmakler GmbH, Petzoldstr. 1, 4600 Wels**, Einsicht in alle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte usw.), Kranken- und Sozialversicherungsträger bzw. Interessenvertretungen zu nehmen und davon Kopien anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des  
Versicherungsnehmers

<b>Spitalaufenthalts-Bestätigung</b>	
Zur Vorlage bei:	
Der (die) Patient(in):	Geburtsdatum:
Adresse:	
befand/befindet sich	vom bis
Wegen (Diagnose)	
bei uns <input type="checkbox"/> in stationärer Behandlung <input type="checkbox"/> ambulanter Behandlung	
Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Der (die) Patient(in) war 100% berufsunfähig vom bis	
_____ % teilberufsunfähig vom bis	
Entlassungsbefund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Anzahl: /Seiten:	
Anamnese:	
Datum	Krankenhausstempel und Unterschrift

<b>Arzt-Bestätigung</b>	
Zur Vorlage bei:	
Herr / Frau:	Geburtsdatum:
Adresse:	
ist/war aufgrund des Unfalles/der Krankheit	vom bis
	vom bis
wegen (Diagnose)	
bei mir in Behandlung.	
<input type="checkbox"/> Der (die) Patient(in) war zusätzlich	vom bis
in stationärer Behandlung. Krankenhaus:	
Entlassungsbefund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Anzahl: /Seiten:	
Der (die) Patient(in) war 100% berufsunfähig vom bis	
_____ % teilberufsunfähig vom bis	
Anamnese:	
Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes