

Betriebsunterbrechungs-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz)

Polizzenummer (bitte unbedingt angeben)

Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Familiename, Vorname, Titel		
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort
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?

- Ja
 Nein

bei/Anstalt

Angaben zur Betriebsunterbrechung

- a) gänzliche Unterbrechung (Betrieb geschlossen)
- b) teilweise Unterbrechung (Weiterführung des Betriebes durch Mitarbeiter)

	von/bis:
	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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	Behörde	Aktenzahl
--	---------	-----------

Liegt Fremdverschulden vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)

BIC oder BLZ

IBAN oder Kto.Nr.

Raiffeisen Salzburg Versicherungsmakler GmbH ist verantwortlich, Ihre personenbezogenen Daten ausreichend zu schützen. Raiffeisen Salzburg Versicherungsmakler GmbH beachtet deshalb alle Rechtsvorschriften zum Schutz, zum rechtmäßigen Umgang und zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, sowie zur Rechtssicherheit. Unser Datenschutzinformativblatt steht Ihnen auf unserer Homepage unter www.rsvmgmbh.at zur Verfügung.

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

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

Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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?
Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?

- ja
 nein

von/bis einschließlich
von/bis einschließlich
von/bis einschließlich

Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name)

BIC oder BLZ

IBAN oder Kto. Nr

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes