# BETRIEBSUNTERBRECHUNG – SCHADENANZEIGE

aktualisiert am 03.01.2017

**HINWEIS:**

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie es bei Betriebsunterbrechung durch Krankheit/Unfall Ihrem behandelnden Arzt vor. Senden Sie bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie bei Betriebsunterbrechung durch Krankheit/Unfall alle hierzu verfügbaren medizinischen Unterlagen per Post, Fax oder E-Mail möglichst bald an die Versicherungsagentur Stauffer. Nur eine vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen sichert Ihren Anspruch. Leerzeilen, Striche und andere Zeichen genügen nicht und erschweren die Leistungsbearbeitung durch zusätzliche Rückfragen.

| | |
|---|---|
| **Polizzen-Nr.:** | **Schaden-Nr.**: |

**Bitte nur einen zutreffenden Betriebsunterbrechungsgrund ankreuzen:**

Betriebsunterbrechung in Folge von:

☐ **UNFALL** ☐ **KRANKHEIT** ☐ **SACHSCHADEN**

**Betriebsunterbrechung nach Unfall oder Krankheit:**

| | | |
|---|---|---|
| **Name und Anschrift** des Versicherungsnehmers: | Telefon:<br>E-Mail: | |
| **Name und Anschrift** der versicherten Person: | Geburtsdatum:<br>Selbstständig/freiberuflich tätig als: | |
| **Schadendatum:** | **Uhrzeit:** | **Schadenort:** |
| **Entschädigung wäre zu überweisen an:** | **BANK:** | |
| **BIC:** | **IBAN:** | |
| **Ist die Anzeige bei der Polizei erstattet worden?** | **JA** ☐ | **NEIN** ☐ |

**Bei Unfall:**

**Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Vorfall:**

**Genau Beschreibung von Ursache, Hergang und Verlauf, sowie erlittene Verletzungen:**

**Bei Krankheit:**

**Symptome und Verlauf (Rückfälle, rezidive Erkrankungen?)**

**Bei Sachschäden:**

**Genaue Beschreibung der Ursache:**

**VERSICHERUNGSAGENTUR Mario Stauffer**
Siebenbürgerstraße 16-26/33/2, 1220 Wien
Fax: +43 (0) 94 70 137; Mobil: +43 (0) 699/139 427 72; vst@versichert-bei-stauffer.at
GISA-Zahl: 24427012; www.versichert-bei-stauffer.at

# BETRIEBSUNTERBRECHUNG – SCHADENANZEIGE

aktualisiert am 03.01.2017

**Angaben zur Betriebsunterbrechung:**

**Ab wann stand der Betrieb aus obigem Vorfall zur Gänze still?**

**Ab wann teilweise?**

**In welchem Ausmaß?**

**Wann wurde der Betrieb wieder aufgenommen?**

**Bei Fremdverschulden bitte Angabe über Geschädigte und Zeugen:**

**Name:**

**Adresse:**

**Wann erfolgte erstmals ärztliche Hilfe? (Name, Anschrift des Arztes)**

**am:**

**durch:**

**Bei Spitalsbehandlung stationär oder ambulant?**

☐ **stationär, von:** _____ **bis:**_____

☐ **ambulant, von:** _____ **bis:**_____

**Name und Adresse des Spitals:**

**Bestehen weitere Betriebsunterbrechungs-Versicherungen bei anderen Gesellschaften?**

**JA** ☐ **NEIN** ☐

**Ist in dieser Betriebsunterbrechungs-Versicherung Krankheit eingeschlossen?**

**JA** ☐ **NEIN** ☐

**Polizzennummer:**

**Bei welchen Gesellschaften bestehen:**

☐ **Unfallversicherung** — **Polizzennummer:**

☐ **Krankenversicherung** — **Polizzennummer:**

**Früher erlittene Unfälle, Kriegsverletzungen, Erkrankungen, Gebrechen?**
(Jahresangabe und jetzige Folgen)

**VERSICHERUNGSAGENTUR Mario Stauffer**
Siebenbürgerstraße 16-26/33/2, 1220 Wien
Fax: +43 (0) 94 70 137; Mobil: +43 (0) 699/139 427 72; vst@versichert-bei-stauffer.at
GISA-Zahl: 24427012; www.versichert-bei-stauffer.at

# BETRIEBSUNTERBRECHUNG – SCHADENANZEIGE

aktualisiert am 03.01.2017

1

**WICHTIG:**
**Dauert die voraussichtliche Betriebsunterbrechung bis zu oder länger als 14 Tage, übermitteln Sie mir bitte den ersten Teil des Formulars unverzüglich. Bei längerer Ausfalldauer, spätestens nach sechs Wochen, senden Sie uns bitte den zweiten Formularteil vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus ausgefüllt zu.**

**Gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ermächtigt der Versicherte:**

a) die Ärzte, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der Gesellschaft auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen,

b) die Versicherungsgesellschaft, bzw. deren Organe, Einsicht in alle, den gegenständlichen Schadenfall betreffende Akte bei Behörden (Polizei, Gericht, u.s.w…) zu nehmen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Bestätigung des behandelnden Arztes/ Spitals:**

**Bei stationärer Behandlung:** Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

**Behandelnder Arzt:** Name, Anschrift:

Genaue Angaben **(ärztliche Diagnosen)** zu der (den) die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit(en) bzw. Verletzung(en), bitte in **BLOCKSCHRIFT**:

**Datum der Beendigung der ärztlichen Behandlung:**

**Zuletzt erhobener objektiver Befund bzw. Schlussbefund:**

**Ist oder war der Patient im angegebenen Beruf ☐unfallsbedingt oder ☐krankheitsbedingt**

a) gänzlich Arbeitsunfähig?
Von: Datum:_____ bis Datum:_____

b) teilweise Arbeitsunfähig (unter Angabe des Prozentsatzes)?
Von: Datum:_____ bis Datum:_____

_____

Bestätigung des Arztes/ Spitals

**VERSICHERUNGSAGENTUR Mario Stauffer**
Siebenbürgerstraße 16-26/33/2, 1220 Wien
Fax: +43 (0) 94 70 137; Mobil: +43 (0) 699/139 427 72; vst@versichert-bei-stauffer.at
GISA-Zahl: 24427012; www.versichert-bei-stauffer.at