

Betriebsunterbrechung infolge Krankheit oder Unfall Schadenbericht



FIVoInvest

FIVoInvest GmbH

Der direkte Draht für Schadensankünfte
office@fivoinvest.at
T +43 (0)6582 / 71066-0
F +43 (0)6582 / 71066-20
Lofererstraße 46
A-5760 Saalfelden

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und 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 ganz teilweise gar nicht Wurden Ersatzkräfte eingestellt? ja nein

Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Betriebsunterbrechungsversicherungen? ja nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Krankheit

Datum des Auftretens der Krankheit:

Wer ist Pflichtversicherer:

Symptome:

Genauere Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen usw.):

Ist diese oder eine ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?

Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:

Unfall

Datum des Unfalles:

Uhrzeit:

Ort:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Genauere Schilderung von Ursache und Hergang:

Erlittene Verletzungen:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Alko-Test? ja nein Wenn ja, Ergebnis:

Unfallzeugen:

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist verpflichtet, die wahrheitsgemäß und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der _____ 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 _____ sowie deren Vertretern auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen,
b) die _____ bzw. deren Vertreter, 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 Versicherungsnehmers

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei:

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung ambulanter Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

ja nein

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Entlassungsbefund: ja nein Wenn ja, Anzahl: /Seiten:

Anamnese:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei:

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles/der Krankheit

vom

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei mir in Behandlung.

Der (die) Patient(in) war zusätzlich

vom

bis

in stationärer Behandlung.

Krankenhaus:

Entlassungsbefund bei stationärem Krankenhausaufenthalt: ja nein Wenn ja, Anzahl: /Seiten:

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Anamnese:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes