

**Versicherungsgesellschaft:****BETRIEBSUNTERBRECHUNGS-SCHADENANZEIGE**

Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, um unnötige Rückfragen und damit Verzögerungen in der Schadenerledigung zu vermeiden!

Polizzenummer:

Schadennummer:

Versicherungsnehmer

Anschrift Betrieb

Telefon (Betrieb)

Anschrift Wohnung

Telefon (privat)

Geburtsdatum

Beruf

**BETRIEBSUNTERBRECHUNG NACH UNFALL ODER KRANKHEIT**

Datum und Uhrzeit

Ort des Unfalles bzw. Auftreten der Krankheit

**BEI UNFALL**

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Vorfall?

Genauere Beschreibung von Ursache, Hergang und Verlauf, sowie erlittenen Verletzungen:

**BEI KRANKHEIT**

Symptome und Verlauf (Rückfälle, rezidive Erkrankungen?)

**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 vorhandener Vertretung

Von wem?

Für welchen Zeitraum?

Welche Kosten sind dadurch angefallen?

Bei Fremdverschulden bitte Angabe über Schädiger und Zeugen

Name

Adresse

Ist Anzeige bei der Polizei/Gendarmerie erstattet worden?

 nein – Anzeige unbedingt nachholen!

Bei Spitalsbehandlung stationär oder ambulant? <input type="checkbox"/> stationär, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ambulant, von _____ bis _____	Bezeichnung des Spitals
Bei welchen Gesellschaften bestehen weitere Betriebsunterbrechungs-Versicherungen mit/ohne *) Krankheit	Polizzen-Nr.
Bei welchen Gesellschaften bestehen Versicherungen? a) gegen Unfall b) gegen Krankheit	Polizzen-Nr.  Polizzen-Nr.
Früher erlittene Unfälle, Kriegsverletzungen, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folgen)	
Wann erfolgte erstmals ärztliche Hilfe (Name, Anschrift des Arztes?)  am _____ durch _____	

DAUERT DIE VORAUSSICHTLICHE BETRIEBSUNTERBRECHUNG BIS ZU ODER LÄNGER ALS 14 TAGE, ÜBERMITTELN SIE UNS DEN ERSTEN TEIL DES FORMULARES BITTE UNVERZÜGLICH. BEI LÄNGERER AUSFALLDAUER, SPÄTESTENS NACH 6 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, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.	
_____ , am _____	_____ Unterschrift des Versicherungsnehmers

**BESTÄTIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES/SPITALS \*)**

Diagnose bei Übernahme der Behandlung?
Datum der Beendigung der ärztlichen Behandlung?
Zuletzt erhobener objektiver Befund bzw. Schlußbefund?
Ist oder war der Patient im umseits angegebenen Beruf unfallsbedingt/krankheitsbedingt *) a) gänzlich arbeitsunfähig? Bis wann? b) teilweise arbeitsunfähig? Bis wann?
_____ Stampiglie und Unterschrift des Arztes / Spitals

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Behandelnder Arzt

Name, Adresse, Telefon-Nr. ....

.....

.....

.....

An die

.....
.....
.....
.....

Polizzenummer:
Schadennummer:

## SCHLUSSBERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

Name des (der) Patienten(-in)	
Geburtsdatum	Beruf
Beginn der Behandlung	
Worin bestand die Behandlung?	
Diagnose (in deutscher Sprache)	
Wann wurde die Behandlung beendet?	
Hat der (die) Kranke die im Rahmen der Behandlung erteilten Weisungen regelmäßig befolgt?	
Ist der Heilungsverlauf durch andere Krankheitszustände oder ein Gebrechen beeinflusst worden? Wenn ja, durch welche und in welchem Grade?	
In welchem Zeitraum befand sich der (die) Kranke in stationärer Krankenhauspflege, Rehabilitationszentrum oder auf Kur?	
Ab wann wurde der (die) Kranke der Krankenkasse als arbeitsfähig gemeldet (gesund geschrieben)?	
Bei selbständigen Erwerbstätigen In welchem Zeitraum konnte der (die) Kranke in keiner Weise dem ausgeübten Beruf nachgehen? In welchem Zeitraum konnte sich der (die) Kranke zumindest zur Hälfte dem Beruf widmen? In welchem Zeitraum war der (die) Kranke teilweise in der Berufsfähigkeit eingeschränkt?	

Jetziger Befund

Wenn sich als Folge eine bleibende Invalidität ergeben hat, worin besteht diese?

Wurde eine bleibende Berufsunfähigkeit festgestellt? Ab wann besteht diese?

In welchem Ausmaß (in Prozenten ausgedrückt) ist die Gebrauchsfähigkeit der von den Unfallfolgen betroffenen Gliedmaßen oder Sinnesorgane eingeschränkt?

Soweit nicht Sinnesorgane und / oder Gliedmaßen betroffen sind:

In welchem Ausmaß ist der (die) Versicherte in seiner (ihrer) Fähigkeit, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen (ihren) Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm (ihr) unter billiger Berücksichtigung seiner (ihrer) Ausbildung und seines (ihres) bisherigen Berufes zugemutet werden kann, eingeschränkt?

Ist eine Besserung des derzeitigen Zustandes möglich?

Wenn ja, in welchem Ausmaß?

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stampiglie und Unterschrift des Arztes