



VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

**BUFT
SCHADENANZEIGE**

Polizzenummer

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firmenname

Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

VERSICHERTE (VON DER BETRIEBSUNTERBRECHUNG BETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname / Firmenname

Geburtsdatum

Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

DAUER DER BETRIEBSUNTERBRECHUNG

von

bis

ERGÄNZENDE ANGABEN

Bestehen noch weitere Betriebsunterbrechungsversicherungen?

ja

nein

Bei welchen Gesellschaften?

Polizzenummer

URSACHE DER BETRIEBSUNTERBRECHUNG

KRANKHEIT

Art der Erkrankung:

UNFALL

Tag des Unfalles:

Genaue Schilderung des Unfalles und Uhrzeit:

Fremdverschulden?

ja nein

durch wen?

Art und Ausmaß
der Verletzung:

ELEMENTAREREIGNIS

Kurze Schilderung des Ereignisses:

NUR BEI KRANKHEIT UND UNFALL DURCH DEN BEHANDELNDEN ARZT AUSFÜLLEN

Erstmaliges Auftreten, Diagnose, Therapie und Verlauf					
Waren Krankenhaus-aufenthalte notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	von:	Name und Adresse des Krankenhauses:		
	<input type="checkbox"/> nein	bis:			
Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> 100%ige Arbeitsunfähigkeit	von:	<input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit	von:	
		bis:		bis:	
Arbeitsfähigkeit?	Wurde die völlige Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<p>EUR</p> <p>.....</p> <p>Berichtshonorar (max. lt. Vereinbarung zw. Ärztekammer und Vers.Verband)</p> <p>Überweisen auf:</p>					
IBAN		BIC		Unterschrift (Stempel) des Arztes	

Wie soll die Zahlung von Leistungen an den Versicherungsnehmer erfolgen?	<input type="checkbox"/> Postanweisung an Anschrift
	<input type="checkbox"/> Banküberweisung
Kontoinhaber, IBAN, BIC	

Ich ermächtige

- 1) die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, meinem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben,
- 2) meinen Unfall-Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch meine Versicherung einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers