



**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
<b>EUR</b> Berichtshonorar (max. lt. Vereinbarung zw. Ärztekammer und Vers.Verband) Überweisen auf:					
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