

Versicherungsgesellschaft:

BUFT
SCHADENANZEIGE

Polizzenummer:

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firmenname	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

VERSICHERTE PERSON

Vor- und Zuname / Firmenname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Beschäftigung/Nebenbeschäftigung		

DAUER DER BETRIEBSUNTERBRECHUNG

von:	bis:
------	------

ERGÄNZUNGEN

Bestehen noch weitere Betriebsunterbrechungsversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welchen Gesellschaften?	Polizzenummer:

URSACHE DER BETRIEBSUNTERBRECHUNG

KRANKHEIT	Art der Erkrankung:	
UNFALL	Tag des Unfalles:	Schilderung des Unfalles und Uhrzeit:
	Fremdverschulden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch wen?
	Art und Ausmaß der Verletzung:	
ELEMENTAREREIGNIS	Schilderung des Ereignisses:	



BEI KRANKHEIT UND UNFALL DURCH DEN BEHANDELNDEN ARZT AUSFÜLLEN

Erstmaliges Auftreten, Diagnose, Therapie			
Waren Krankenhaus-aufenthalte erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von: bis:	Name und Adresse des Krankenhauses:
Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> 100%ige Arbeitsunfähigkeit	von: bis:	<input type="checkbox"/> teilweise Arbeitsunfähigkeit von: bis:
Arbeitsfähigkeit?	Wurde die völlige Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
EUR			
Honorar für Bericht (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

