

Schadenmeldung Betriebsunterbrechungsversicherung

Bitte um vollständiges Ausfüllen des Formulars! Dies beschleunigt die Abwicklung des Leistungsfalles.



Versicherte Person / Anspruchsteller

Polizzen-Nr.		Schaden-Nr.
Schaden-Datum	Schaden-Uhrzeit	Schaden-Ort

Vorname		Nachname	
Adresse		Plz	Ort
Beruf		Geburtsdatum	
Telefon		E-Mail	

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Vorname		Nachname	
IBAN		BIC	

War der Betrieb während des Zeitraumes der Arbeitsunfähigkeit geschlossen? JA NEIN

Vom Versicherten bei KRANKHEIT unbedingt auszufüllen

Angaben über Krankheit

Diagnose	
Beginn	Ende

Erstmaliges Auftreten der Krankheit? JA NEIN

Wenn nein, wann trat die Krankheit erstmals auf?
Bisherige Behandlungen

Frühere Krankenhausaufenthalte?

Krankenhaus	von	bis
Krankenhaus	von	bis
Krankenhaus	von	bis
Krankenhaus	von	bis

Vom Versicherten bei UNFALL unbedingt auszufüllen

Unfall-Datum	Unfall-Uhrzeit	Unfall-Ort
--------------	----------------	------------

Wie hat sich der Unfall ereignet? (Genaue Schilderung)

Freizeitunfall Arbeitswegunfall Arbeitsunfall Sonstiges:

Wurde der Tatbestand von der Exekutive aufgenommen? NEIN JA:

Von welcher? Adresse? Kontakt?

War der Einsatz einer Rettung erforderlich? NEIN JA

Wurde der Tatbestand von der Exekutive aufgenommen? NEIN JA:

Wenn ja, von welcher? Adresse

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles bereits Alkohol konsumiert? NEIN JA:

In welcher Menge?

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles bereits Medikamente eingenommen? NEIN JA:

Name/Art des Medikamentes

Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges

Führerscheinnummer	Ausstellende Behörde	Gültig ab	Ausgestellt für die Fahrzeugklassen
--------------------	----------------------	-----------	-------------------------------------

Welche Körperteile sind verletzt? (Art der Verletzung)

Name und Adresse des Unfallgegners

Vorname		Nachname	
Adresse		Plz	Ort
Haftpflichtversicherer		Zeugen	

Vom Versicherten bei UNFALL UND KRANKHEIT unbedingt auszufüllen

Name und Adresse des behandelnden Arztes

Vorname		Nachname	
Adresse	Plz	Ort	

Sind bzw. waren Sie in Spitalspflege?? NEIN JA:

Wenn ja, in welchem Spital

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles/der Krankheit vollkommen gesund? NEIN JA

Wenn ja, von welcher? Adresse

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Unfallversicherung? NEIN JA:

Gesellschaft(en)	Polizzenummer	Versicherungssumme
------------------	---------------	--------------------

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Krankenversicherung? NEIN JA:

Gesellschaft(en)	Polizzenummer	Versicherungssumme
------------------	---------------	--------------------

Haben Sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten Sie solche? NEIN JA:

Gesellschaft(en)	In welcher Höhe?
------------------	------------------

Der Unterzeichnende erklärt vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum	Verletzte Person	Versicherungsnehmer
------------	------------------	---------------------

Spitalaufenthaltsbestätigung

zur Vorlage bei der Donau Versicherung

Folgende/r Patient/in befand/befindet sich bei uns in stationärer Behandlung

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Adresse	Plz	Ort
Diagnose		

Ort, Datum	Krankenhaus
------------	-------------

Arztbestätigung

zur Vorlage bei der Donau Versicherung

Folgende/r Patient/in befand/befindet sich bei mir in Behandlung

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Adresse	Plz	Ort
Unfalles vom		
Diagnose		

Arbeitsunfähigkeit

100 % arbeitsunfähig	von	bis
75 % arbeitsunfähig	von	bis
50 % arbeitsunfähig	von	bis
25 % arbeitsunfähig	von	bis

Sind Dauerschäden zu erwarten ? NEIN JA: _____ %

Ort, Datum	Behandelnder Arzt
------------	-------------------

VOLLMACHT

Bitte unbedingt ausfüllen und unterschreiben!

Ich

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

bevollmächtige die **DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group** in den betreffenden behördlichen, strafrechtlichen bzw. ärztlichen Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen. Dies gilt auch für Informationen und Unterlagen bei der AUVA oder sonstigen Sozialversicherungsträgern.

Weiters ermächtige ich die **DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, medizinische Gutachten, die aus Anlass dieses Unfalles erstellt wurden, an jene Gesellschaften weiterzuleiten, bei denen ebenfalls ein Unfallversicherungsvertrag besteht.**

Ort, Datum	Versicherter	Versicherungsnehmer
------------	--------------	---------------------