

Schadenmeldung BUFT DEUTSCHLAND

Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige

Generali Versicherung AG, zh. Lamprecht Stefan, Postfach 236, A-6900 Bregenz

Tel.: +43 5574 4941-60316, Fax: +43 5574 44402-60316

E-Mail: stefan.lamprecht@generali.at



Bitte nur einen zutreffenden Betriebsunterbrechungsgrund ankreuzen

Betriebsunterbrechung in Folge von:

Krankheit / Unfall **Sachschaden** **Sonstige Verhinderung**

Bei Krankheit/Unfall bitte Seite 2 Ihrem behandelnden Arzt vorlegen!

Vollständige Betriebsunterbrechung von: _____ bis: _____

Keine Betriebsunterbrechung, jedoch Mehrkosten durch Vertretung (Nachweis erforderlich):

Vertretung von: _____ bis: _____ Vertretungskosten: EUR _____

Teilweise Betriebsunterbrechung von: _____ bis: _____

Welche Tätigkeiten konnten nicht ausgeführt werden? _____

Polizzen-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____ (falls vorhanden)

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

Telefon (zwischen 8:00 u. 16:00 Uhr):

E-Mail:

Name und Anschrift der versicherten Person:

Geburtsdatum:

Selbstständig/freiberuflich tätig als:

Bei Unfall - Unfallort (Ort, Straße):

Unfallzeit (Datum, Uhrzeit):

aufnehmende Polizeidienststelle:

Genauere Beschreibung von **Ursachen und Hergang des Krankheitsverlaufes/Unfalles/Sachschadens oder sonstigen Verhinderungsgrundes**:

Name der Krankenversicherungsanstalt:

Versicherungsnummer:

versichert seit:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass der oben angeführte Versicherungsträger im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt ist, der Generali Versicherung AG die zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diesen von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherter

Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Generali Versicherung AG die zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherter

Im Fall einer Betriebsunterbrechung durch Krankheit oder Unfall bitten wir **Ihren behandelnden Arzt**, die nachfolgenden Felder gewissenhaft auszufüllen.

Diese Stellungnahme fließt in die Errechnung der Versicherungsleistung mit ein.

WICHTIG! Wir bitten Ihren behandelnden Arzt zu beachten, dass völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit dann vorliegt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Urteil in KEINER Weise ausübt, weder mitarbeitend noch leitend in ihrem Beruf tätig ist oder tätig sein kann.

Wir leisten Ihrem behandelnden Arzt für diese Stellungnahme ein über dem üblichen Empfehlungssatz liegendes Honorar in der Höhe von EUR 40,--.

Genauere Angaben (**ärztliche Diagnosen**) zu der (den) die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit(en) bzw. Verletzung(en), bitte in **BLOCKSCHRIFT**:

Beginn der Krankheit/Schwangerschaft:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit im obigen Sinn:

Voraussichtliche Dauer/**Ende** der Arbeitsunfähigkeit (ab wann kann der Versicherte voraussichtlich wieder mitarbeitend, aufsichtsführend oder leitend tätig sein):

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit dem jetzigen Leiden in Zusammenhang stehen könnten oder die dieses mit ausgelöst oder begünstigt haben? Wenn ja, welche:

Welche Behandlungen/Medikamente wurden verordnet?

Welche anderen behandelnden Ärzte und/oder Therapeuten sind Ihnen bekannt?

Wann haben Sie den (die) Patienten(-in) erstmals untersucht?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit teilweise eingeschränkt?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) zumindest zur Hälfte arbeitsfähig?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit vollständig eingeschränkt?

Bei stationärer Behandlung: Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

Behandelnder Arzt: Name, Anschrift:

Honorar ist zu überweisen an: Kontonummer: _____ BLZ _____ Bank: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift