

SCHADENMELDUNG

BETRIEBSUNTERBRECHUNG

Polizzen-Nummer _____

Schaden-Nummer _____

VERSICHERUNGSNEHMER:

Name _____

Adresse _____

Telefon tagsüber _____

URSACHE DER UNTERBRECHUNG:

Brand	Explosion	Blitzschlag
Sturm	Hagel	
Unfall ohne Krankenhausaufenthalt		Unfall mit Krankenhausaufenthalt
Krankheit ohne Krankenhausaufenthalt		Krankheit mit Krankenhausaufenthalt
sonstige Ursache		

Wann hat sich der Schadenfall ereignet, bzw. wann ist der Schaden entstanden?

Datum:

Uhrzeit:

Ausführliche Angaben zum Schadenhergang bzw. Begründung der Ursache der Unterbrechung:

Haben Sie schon früher einen derartigen Schaden erlitten?

 nein ja Welche Versicherung hat Entschädigung geleistet?

Bei Schäden am Gebäude:

Sind Sie Gebäudeeigentümer Mieter

Gebäudeeigentümer:

Gebäudeverwaltung:

Ist mit einem teilweisen/totalen Betriebsausfall zu rechnen?

 teilweise total Dauer:

Bestehen weitere Versicherungen für diese Unterbrechung?
Bei Krankheit bzw. Unfall auch Kranken- oder Unfallversicherungen
Bei Sachschäden auch die Sachversicherung (Feuer-, Sturm-, Leitungswasser usw.)

nein ja, Gesellschaft:
 Polizzaummer

Wurden aufgrund einer Krankheit oder Invalidität Entschädigung geleistet?

nein ja, wann und von wem? Gesellschaft:
 Polizzaummer

Bei Krankheit und Unfall:
Waren Sie vor diesem Ereignis vollkommen gesund? ja nein
Welche Krankheiten liegen vor:

Welche Behörde hat den Vorfall aufgenommen (bei Brand-, Einbruch-, oder Unfall)

Polizeidienststelle:
Gendarmerieposten:
Bestätigung der Behörde mit Aktenzahl:

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Entschädigungszahlungen sind wie folgt zu überweisen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nummer: _____

Ich (wir) bevollmächtige(n) die Versicherungsgesellschaft und die von ihr beauftragten Personen, in einen behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen. Bei Schadenfällen infolge Unfall oder Krankheit entbinde ich Ärzte und Krankenanstalten über derzeitige oder frühere med. Behandlungen von Ihrer Schweigepflicht.

Der Übermittlung personenbezogener Daten an oder von Dritten, soweit dieser zur versicherungstechnischen Abwicklung des Schadenfalles notwendig ist, stimme ich zu.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Mitarbeiters

_____ Unterschrift des Vers.nehmers