

BETRIEBSAUSFALL - SCHADENANZEIGE



Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

--	--

Versicherungsnehmer

Vor- und Zuname / Firma:	Geburtsdatum	Tel. zw. 8 und 16 Uhr:
Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer	

versicherte Person

Vor- und Zuname / Firma:	Geburtsdatum	Tel. zw. 8 und 16 Uhr:
Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer	
Stellung im Betrieb (kurze Schilderung der Tätigkeit) :		

Dauer der Betriebsunterbrechung

<input type="checkbox"/> gänzliche Unterbrechung	von	bis
<input type="checkbox"/> teilweise Unterbrechung	von	bis

Betriebskosten

Wie hoch waren die fortlaufenden Betriebskosten :		
<input type="checkbox"/> während der 100%-igen Betriebsunterbrechung ?		
<input type="checkbox"/> während der teilweisen Betriebsunterbrechung ?		
Wie hoch war der entgangene Betriebsgewinn ?		
<input type="checkbox"/> während der 100%-igen Betriebsunterbrechung ?		
<input type="checkbox"/> während der teilweisen Betriebsunterbrechung ?		
Wie hoch waren die fortlaufenden Betriebskosten und der Betriebsgewinn des Vorjahres :		
Jahr :	Betriebskosten :	Betriebsgewinn :

Steuerberater

Vor- und Zuname / Firma:	Tel. zw. 8 und 16 Uhr:
Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer

Allgemeine Angaben für diesen Schadenfall

Es bestehen weitere Versicherungen ? ja nein

Gesellschaft :

Polizzenummer :

Ursachen der Betriebsunterbrechung

Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufes (bei Krankheit : wann ist die Krankheit zum ersten Mal aufgetreten, Diagnose; bei Unfall : Unfallort, Unfall am, genaue Schilderung des Unfalles und Art und Ausmaß der Verletzung; bei Elementarereignissen – kurze Schilderung des Schadensereignisses)

Wurde das Ereignis von einer Behörde festgehalten, wenn ja **von welcher bzw. Aktenzahl** – bei **Feuerschaden** unbedingt notwendig ?

Bei Krankheit und Unfall zusätzlich ausfüllen

Wer ist der behandelnde Arzt ?	Name, Anschrift, Telefon
Waren Krankenhausaufenthalte notwendig ?	<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus (Name, Adresse)	
Wurde die vollkommene Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
Wichtig ! Ist die versicherte Person ein Arzt, so ist die Bestätigung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer über die Dauer des Krankenstandes vorzulegen !	

Bemerkungen und Wünsche

--

Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Mit wem soll die Schadensleistung verrechnet werden ?		
Kontoinhaber	Bank / BIC	IBAN

Ich / wir bevollmächtigen die Versicherungsgesellschaft / die "die aktiv" & G.O.P. Versicherungsmakler GmbH & Co KG Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, gegnerische Versicherung, usw.) zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers