



# Angaben zum Schadenereignis

## a) durch einen Personenschaden

### • Krankheit

Art der Erkrankung

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

### • Unfall

Ort des Unfalles

Beschreibung des Ereignisablaufes

Behördliche Aufnahme?

nein  ja, durch

Aktenzahl

Liegt Fremdverschulden vor?

nein  ja, durch

Name

Anschrift

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/Polizzenummer

Wann und durch wen haben Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt?

nein

ja



ambulant

stationär

Krankenhaus

von/bis

## b) durch einen Sachschaden

### • Elementarereignis (Feuer, Sturm, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl etc.)

Wann und in welcher Art ist das Ereignis eingetreten?

Zuständiger Versicherer der Gebäudeversicherung/Anstalt/Polizzenummer

Schadenbesichtigung durch (Name des Sachverständigen/Telefonnummer)



# Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle, diesen Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf (Bank-Name)

BIC

IBAN

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

## Bestätigung des behandelnden Arztes

### Diagnose

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der ersten Behandlung	Symptome
Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit der jetzigen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/>	
Krankheit in Zusammenhang stehen könnten (bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)? Wann und welcher Art?	
Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet?	<input type="text"/>
Andere wichtige ärztliche Mitteilungen	<input type="text"/>

### Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%)ige Arbeitsunfähigkeit	von/bis einschließlich	<input type="text"/>
Völlige (100%)ige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann.		
teilweise Arbeitsunfähigkeit	von/bis einschließlich	<input type="text"/>
Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten.		
Ist die Behandlung beendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?		<input type="text"/>

Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name)

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes