

# Betriebsunterbrechung infolge Krankheit oder Unfall Schadenbericht



## Helvetia Versicherungen AG

### Schadenservice

Der direkte Draht für Schadenaskünfte

T 050 222-7110 F 050 222-91562

schaden@helvetia.at

www.helvetia.at

Generaldirektion:

1010 Wien, Hoher Markt 10-11

T 050 222-0, F 050 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Bankverbindung:

Bankleitzahl:

Konto-Nr.:

**Stillstand des Betriebes**  ganz  teilweise  gar nicht Wurden Ersatzkräfte eingestellt?  ja  nein

Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Betriebsunterbrechungsversicherungen?  ja  nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

## Krankheit

Datum des Auftretens der Krankheit:

Wer ist Pflichtversicherer:

Symptome:

Genauere Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen usw.):

Ist diese oder eine ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?

Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:

## Unfall

Datum des Unfalles:

Uhrzeit:

Ort:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Genauere Schilderung von Ursache und Hergang:

Erlittene Verletzungen:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Alko-Test?  ja  nein Wenn ja, Ergebnis:

Unfallzeugen:

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist verpflichtet, die wahrheitsgemäß und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der Helvetia Versicherungen AG unverzüglich zurückzusenden.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht. Nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen ermächtigt der Versicherte

a) die Ärzte, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der Helvetia Versicherungen AG sowie deren Vertretern auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen,

b) die Helvetia Versicherungen AG bzw. deren Vertreter, Einsicht in alle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte usw.), Kranken- und Sozialversicherungsträger bzw. Interessenvertretungen zu nehmen und davon Kopien anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in  stationärer Behandlung  ambulanter Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

ja  nein

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

\_\_\_\_\_ % teilberufsunfähig vom

bis

Entlassungsbefund:  ja  nein Wenn ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ /Seiten: \_\_\_\_\_

Anamnese:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

## Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles/der Krankheit

vom

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei mir in Behandlung.

Der (die) Patient(in) war zusätzlich

vom

bis

in stationärer Behandlung.

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Entlassungsbefund bei stationärem Krankenhausaufenthalt:  ja  nein Wenn ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ /Seiten: \_\_\_\_\_

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

\_\_\_\_\_ % teilberufsunfähig

vom

bis

Anamnese:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes