

Jedes Ereignis, das einen Leistungsanspruch zur Folge hat oder haben könnte, ist unverzüglich zu melden. Ist eine schriftliche Meldung nicht unverzüglich möglich, so ist zumindest telefonisch Meldung zu erstatten. Ein Versäumen dieser Anzeigepflicht kann zum gänzlichen Verlust eines Leistungsanspruches führen. Im Fall von Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie der dafür vorgesehene Abschnitt auf der Rückseite dieses Formulars vom behandelnden Arzt ausfüllen und bestätigen zu lassen.

Polizzenummer/

Schadensnummer: Polizzennummer (unbedingt angeben): _____ Schadensnummer (wenn bekannt): _____

VersicherungsnehmerIn:

Familiennamen, Vorname, Titel bzw. Firmenname tagsüber erreichbar unter Tel.Nr.

Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte Person:

Familiennamen, Vorname, Titel bzw. Firmenname Geburtsdatum

Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür tagsüber erreichbar unter Tel.Nr.

Allgemeine Fragen:

Geben Sie bitte einen kurzen Überblick über Ihre konkreten betrieblichen Tätigkeiten: _____

Dauer der Unterbrechung des Betriebes: _____
gänzliche Unterbrechung von/bis teilweise Unterbrechung von/bis

Bestehen weitere Betriebsunterbrechungs-, Kranken- oder Unfallversicherungen? Ja → BUFT KV UV
 Nein Bei: (Polizzennummer angeben) _____

Angaben zum Schadenereignis:

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

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt? Ja → ambulant stationär _____ Patienten/Aufnahmezahl

Krankenhaus Krankenhausbehandlung von/bis
 Nein

Krankheit

Art der Erkrankung _____

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? _____

