

Schadennummer

MELDUNG (bitte vollständig ausfüllen und unteren Teil vom Arzt bestätigen lassen)
zur Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige.

Angaben zum **VERSICHERUNGSNEHMER** und zum **VERSICHERTEN RISIKO**

Bitte deutlich schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name und Adresse		Polizzenummer	
Telefonnummer		E-Mail	
Versicherte Person		Geburtsdatum	
Bank, an die eine Versicherungsleistung überwiesen werden soll	Bankleitzahl	Konto-Nr.	

ANGABEN ÜBER ANDERE VERSICHERUNGEN

Bei einem anderen Versicherungsunternehmen besteht auch eine Betriebsunterbrechungsversicherung bzw. eine private Kranken- oder Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> JA; welche Art von Versicherung, Name des Versicherungsunternehmens, Polizzenummer	<input type="checkbox"/> NEIN
--	---	-------------------------------

ANGABEN ZUM LEISTUNGSFALL

Bitte vom behandelnden Arzt bestätigen lassen!

Art der Krankheit (Diagnose) bzw. Art des Unfalles (Unfallhergang, Folgen)		
Datum des Beginnes der 100%igen Arbeitsunfähigkeit		
Datum der erstmaligen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe		
Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> JA; vom	bis <input type="checkbox"/> NEIN
Adresse des Krankenhauses		
Ist die gemeldete Krankheit bereits früher einmal aufgetreten	<input type="checkbox"/> JA; Datum	behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> NEIN
Bestehen andere wesentliche Krankheiten oder Gebrechen	<input type="checkbox"/> JA; welche?	<input type="checkbox"/> NEIN
Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht	<input type="checkbox"/> voraussichtlich bis	<input type="checkbox"/> endgültig bis

Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der Wiener Städtischen die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e), Laboruntersuchungen (Blutbefunde) sowie behördliche Protokolle zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass die Behörden und die behandelnden Stellen von ihrer Schweigepflicht entbunden sind.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Arztes
-------	---------------------------------------	-------------------------