BU-Schadenmeldung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherung:	Polizzenummer:
----------------------	-----------------------

Daten des Versicherungsnehmers

Versicherungs- nehmer	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____
	Beruf:	_____

Schadenereignis

Schadenzeitraum:	_____
Schadenort (inkl. Straße):	_____
Behördliche Aufnahme / Aktenzahl:	_____
Schadenssumme:	_____

Bei Unfall

Schadensvorgang:	_____

Art der Verletzung:	_____
----------------------------	-------

Verschulden:	_____
---------------------	-------

Zeugen:	_____
----------------	-------

Bei Fremdverschulden:	_____
------------------------------	-------

Name u. Adresse des Unfallgegners	_____
-----------------------------------	-------

Haftpflichtversicherung des Gegners:	_____
---	-------

Versicherung und Polizzenummer	_____
--------------------------------	-------

Bei Krankheit:**Beginn:** _____**Ende:** _____**Diagnose:** _____**Trat die Krankheit zum ersten Mal auf?** Ja Nein

Wenn nein: Wann trat sie zum ersten Mal auf? _____

Bisherige Behandlung: _____**Bei Unfall und Krankheit auszufüllen:****Name u. Adresse des behandelnden Arztes:** _____**Sind bzw. waren Sie in Krankenhauspflege?** Ja Nein

Wenn ja: In welchem Krankenhaus? _____

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles/ der Krankheit vollkommen gesund: Ja Nein**Besteht für den Versicherten bei einer anderen Versicherung eine BU-Vers.?** Ja Nein

Wenn ja: Angabe d. Versicherung u. Pol. Nr. _____

Zahlung der Entschädigung**an**

Bank: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

Kontoinhaber: _____

- **Bei stationären Aufenthalt:** Krankenhausaufenthaltsbestätigung beilegen!
- **Bei Krankenstand zu Hause:** Bestätigung des behandelnden Arztes beilegen!

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherungsnehmer_____
Unterschrift Fahrzeuglenker