

# BETRIEBSAUSFALL - SCHADENANZEIGE

## Versicherungsgesellschaft

## Polizzenummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## Versicherungsnehmer

|                          |                     |                        |
|--------------------------|---------------------|------------------------|
| Vor- und Zuname / Firma: | Geburtsdatum        | Tel. zw. 8 und 16 Uhr: |
| Postleitzahl / Ort       | Straße / Hausnummer |                        |

## versicherte Person

|   |                     |                        |
|---|---------------------|------------------------|
| Vor- und Zuname / Firma:                                | Geburtsdatum        | Tel. zw. 8 und 16 Uhr: |
| Postleitzahl / Ort                                      | Straße / Hausnummer |                        |
| Stellung im Betrieb (kurze Schilderung der Tätigkeit) : |                     |                        |

## Dauer der Betriebsunterbrechung

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> gänzliche Unterbrechung | von | bis |
| <input type="checkbox"/> teilweise Unterbrechung | von | bis |

## Betriebskosten

|  |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
| Wie hoch waren die fortlaufenden Betriebskosten :                                      |                  |                  |
| <input type="checkbox"/> während der 100%-igen Betriebsunterbrechung ?                 |                  |                  |
| <input type="checkbox"/> während der teilweisen Betriebsunterbrechung ?                |                  |                  |
| Wie hoch war der entgangene Betriebsgewinn ?   |                  |                  |
| <input type="checkbox"/> während der 100%-igen Betriebsunterbrechung ?                 |                  |                  |
| <input type="checkbox"/> während der teilweisen Betriebsunterbrechung ?                |                  |                  |
| Wie hoch waren die fortlaufenden Betriebskosten und der Betriebsgewinn des Vorjahres : |                  |                  |
| Jahr :   | Betriebskosten : | Betriebsgewinn : |

## Steuerberater

|                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| Vor- und Zuname / Firma: | Tel. zw. 8 und 16 Uhr: |
| Postleitzahl / Ort       | Straße / Hausnummer    |

### Allgemeine Angaben für diesen Schadenfall

Es bestehen weitere Versicherungen ?  ja  nein

Gesellschaft :

Polizzenummer :

### Ursachen der Betriebsunterbrechung

**Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufes (bei Krankheit : wann ist die Krankheit zum ersten Mal aufgetreten, Diagnose; bei Unfall : Unfallort, Unfall am, genaue Schilderung des Unfalles und Art und Ausmaß der Verletzung; bei Elementarereignissen – kurze Schilderung des Schadensereignisses)**

Wurde das Ereignis von einer Behörde festgehalten, wenn ja **von welcher bzw. Aktenzahl** – bei **Feuerschaden** unbedingt notwendig ?

### Bei Krankheit und Unfall zusätzlich ausfüllen

|   |   |
|---|---|
| Wer ist der behandelnde Arzt ?                              | Name, Anschrift, Telefon  |
| Waren Krankenhausaufenthalte notwendig ?                    | <input type="checkbox"/> ja, von                      bis <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhaus (Name, Adresse)                                 |   |
| Wurde die vollkommene Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein                           |

**Wichtig ! Ist die versicherte Person ein Arzt, so ist die Bestätigung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer über die Dauer des Krankenstandes vorzulegen !**

### Bemerkungen und Wünsche

|  |
|--|
|  |
|--|

### Bankverbindung für Entschädigungszahlung

|   |            |             |
|---|------------|-------------|
| Mit wem soll die Schadensleistung verrechnet werden ? |            |             |
| Kontoinhaber  | Bank / BLZ | Kontonummer |
|   |            |             |

Ich / wir bevollmächtigen die Versicherungsgesellschaft / die "die aktiv" Versicherungsmakler GmbH Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, gegnerische Versicherung, usw.) zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers