UNIQA Österreich Versicherungen AG
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Telefon: +43 (0) 50677
Sitz: Wien, FN 63197 m Handelsgericht Wien, DVR: 0018813

Betriebs-unterbrechungs-versicherung

Schaden-meldung

Bitte melden Sie uns Ihren Leistungsanspruch so rasch wie möglich, wenn Sie mit einer Entschädigung rechnen. Das ist wichtig, damit Ihr Anspruch nicht verloren geht. Das Versäumnis der rechtzeitigen Meldung kann eventuell zum gänzlichen Verlust des Leistungsanspruches führen. Sie sind durch eine Krankheit oder einen Unfall arbeitsunfähig? Dann gehen Sie bitte gleich zum Arzt. Schicken Sie uns bitte den Abschnitt auf der Rückseite vom Arzt ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Allgemeine Daten

Polizzennummer/ Schadennummer

1 0 7 – Polizzennummer (unbedingt angeben) LD

Schadennr. (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer/ Versicherte Person

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname

Geburtsdatum JJJJ/MM/TT

Familienname, Vorname, Titel

Postleitzahl

Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

tagsüber erreichbar unter Tel.Nr.

E-Mail/Homepage

Angaben zum Betrieb

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Bitte geben Sie den Umsatz (Einkommen) Ihres Betriebes im letzten Jahr bekannt: EUR

Anzahl der Angestellten:

Bestehen weitere Betriebsunterbrechungsversicherungen? ☐ nein ☐ ja → Polizzennummer

bei/Anstalt

Angaben zur Betriebs-unterbrechung

a) gänzliche Unterbrechung
(Betrieb geschlossen) → von/bis

b) teilweise Unterbrechung
(eingeschränkte Weiterführung des Betriebes durch Mitarbeiter) → von/bis

Welche Tätigkeiten konnten nicht ausgeübt werden?

c) keine Unterbrechung
jedoch Mehrkosten durch Vertretung, Überstunden etc., Nachweis erforderlich) EUR

1095 – 7.2016

X Zutreffendes bitte ankreuzen!

Angaben zum Schadenereignis durch einen Personenschaden

■ **Krankheit**

Art der Erkrankunng

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

■ **Unfall**

Ort des Unfalles

Beschreibung des Ereignisablaufes

Behördliche Aufnahme?

☐ nein ☐ ja, durch

Aktenzahl

Liegt Fremdverschulden vor?

☐ nein ☐ ja, durch →

Name

Anschrift

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/Polizzennummer

Angaben der versicherten Person zur Heilbehandlung

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

Wurden Sie in einem Krankenhaus behandelt? ☐ nein ☐ ja → ☐ ambulant ☐ stationär

Krankenhaus

von/bis

Angaben zum Schadenereignis durch einen Sachschaden

■ **Elementarereignis** (Feuer, Sturm, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl etc.)

Wann und in welcher Art ist das Ereignis eingetreten?

Zuständiger Versicherer der Gebäudeversicherung/Anstalt/Polizzennummer

Schadenbesichtigung durch (Name des Sachverständigen/Telefonnummer)

Ermächtigung und Bankverbindung

Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall
Ich erkläre hiermit der UNIQA Österreich Versicherungen AG meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

Umfang der erforderlichen Auskünfte
Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungserscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.

Des weiteren ermächtige ich die UNIQA Österreich Versicherungen AG in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.

Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Widerrufsfolgen
Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte oder bezugsberechtigte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln haben und vor Zugang der zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten Daten beim Versicherer, keine Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Soweit eine Datenerhebung, eine Datenübermittlung oder die Auswertung bereits übermittelter Daten ganz oder teilweise unterbleibt, kann dies auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Entbindung von der Schweigepflicht
Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

Leistung überweisen auf (Bank-Name) | BIC | IBAN

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum | **Unterschrift des/der Versicherten** | **Unterschrift Versicherungsnehmer**

Bestätigung des behandelnden Arztes

Diagnose | Datum der ersten Behandlung

Symptome

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit der jetzigen Krankheit in Zusammenhang stehen könnten (bzw. diese begünstigt oder mitverursacht haben könnten)? ☐ nein ☐ ja →
Wann und welcher Art?

Welche Medikamente/Behandlungen/Therapien wurden verordnet?

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit — von/bis einschließlich

Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit weder mitarbeitend, noch aufsichtsführend, noch leitend ausgeübt werden kann.

teilweise Arbeitsunfähigkeit — von/bis einschließlich

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn es dem Patienten möglich oder zumutbar ist, zumindest teilweise zu arbeiten, die Aufsicht über den Betrieb zu führen oder ihn zu leiten.

Ist die Behandlung beendet? ☐ ja ☐ nein

Wie lange schätzen Sie die weitere Behandlungsdauer?

Berichtshonorar überweisen auf (Bank-Name) | BIC | IBAN

Ort, Datum | Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

X Zutreffendes bitte ankreuzen!