



Schadensmeldung für Betriebsausfall & -unterbrechung, sowie Krankentagegeldansprüche

Vor- & Nachname		Geburtsdatum	
Straße & Hausnummer		PLZ & Ort	
Erreichbarkeit telefonisch (für Rückfragen)		Erreichbarkeit per e-Mail (für Rückfragen)	
Beginn der Behandlung	Ende der Behandlung (voraussichtlich)	Diagnose / verletzte Körperteile	
Behandelnde Ärzte mit Anschrift			<input type="checkbox"/> Ja ich wurde stationär behandelt
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe andere Krankentagegeldversicherungen oder Betriebsausfallversicherungen (Praxisausfall, Unterbrechung etc.). Bitte mit Gesellschaftsnamen und Versicherungsnummer aufführen.			
<input type="checkbox"/> Ja, der Unfall / die Krankheit wurde der Berufsgenossenschaft gemeldet und zwar folgender:			
<input type="checkbox"/> Ja, Krankheit oder Unfall ereilte mich vorher auch schon mal. Bitte aufführen wo und wann:			
<input type="checkbox"/> Ja, vor dieser Krankheit beziehungsweise diesem Unfall war ich nicht gesund. Ich hatte folgende Krankheiten:			

Folgende Felder brauchen Sie nur ausfüllen, wenn der Schadensfall durch einen Unfall verursacht wurde:

Tag des Unfalls	Zeitpunkt (Uhrzeit) des Unfalls	Ort des Unfalls
Aufnehmende Polizeidienststelle mit Anschrift und Aktenzeichen (falls polizeilich aufgenommen)		
<input type="checkbox"/> Ja es wurden alkoholische Getränke innerhalb von 12 Stunden vor dem Unfall konsumiert. Bitte Art und Menge angeben und falls vorliegend: Das Ergebnis der Blutprobe:		

Folgende Felder brauchen Sie nur ausfüllen, wenn der Schadensfall durch einen Unfall verursacht wurde und Sie ein Fahrzeug gelenkt haben:

Führerscheinnummer und -klasse	Ausstellungsdatum des Führerscheins	Ausstellende Behörde des Führerscheins
Amthliches Kennzeichen	Fahrzeugtyp	<input type="checkbox"/> Nein, ich war nicht berechtigt, das Fahrzeug zu lenken.

Folgende Felder brauchen Sie nur ausfüllen für Betriebsausfall- & -unterbrechungsversicherungen:

Ab wann ist der Betrieb unterbrochen ?	Wann wurde der Betrieb wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja, ich wurde im Betrieb vertreten, und zwar von:
Nur bei Versicherung mit Nachweispflichten: Angaben zur Höhe des Unterbrechungsschadens (Bitte begründen Sie Ihren Anspruch und fügen Sie Belege bei.		

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf welche die Schadenserstattung erfolgen soll:

Bank	BLZ	Kontonummer	Kontoinhaber ,falls nicht identisch
------	-----	-------------	-------------------------------------

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. **Bewusst unrichtige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.**

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Bitte immer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (gelber Schein) beifügen.

Datum:

Versicherungsnehmer:

Versicherte Person:

blau direkt
Postfach 3355
23582 Lübeck

 0800 / blauTel
 0800 / 2528 835
www.blaudirekt.de

FAX 0800 / blau Fax
FAX 0800 / 2528 329
e-Mail: info@blaudirekt.de