

Betriebsunterbrechung infolge Krankheit oder Unfall Schadenbericht



Helvetia Versicherungen AG

Schadenservice
Der direkte Draht für Ihre Schadenmeldung
schaden@helvetia.at
F +43 (0) 50 222-91562
www.helvetia.at
Generaldirektion:
1010 Wien, Hoher Markt 10-11
T +43 (0) 50 222-1000, F +43 (0) 50 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

IBAN:

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

Stillstand des Betriebes ganz teilweise gar nicht W urden Ersatzkräfte eingestellt? ja nein

Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Betriebsunterbrechungsversicherungen? ja nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Krankheit

Datum des Auftretens der Krankheit:

Wer ist Pflichtversicherer:

Symptome:

Genaue Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen usw.):

Ist diese oder eine ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?

Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:

Unfall

Datum des Unfalles:

Uhrzeit:

Or t:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Genaue Schilderung von Ursache und Hergang:

Erlittene Verletzungen:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Alko-Test? ja nein Wenn ja, Ergebnis:

Unfallzeugen:

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist verpflichtet, die wahrheitsgemäß und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der Helvetia Versicherungen AG unverzüglich zurückzusenden.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht. Nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen ermächtigt der Versicherte

- die Ärzte, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der Helvetia V ersicherungen AG sowie deren Vertretern auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen,
- die Helvetia Versicherungen AG bzw. deren Vertreter, Einsicht in alle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte usw.), Kranken- und Sozial versicherungsträger bzw . Interessenvertretungen zu nehmen und davon Kopien anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung ambulanter Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

ja nein

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Entlassungsbefund: ja nein Wenn ja, Anzahl: _____ /Seiten: _____

Anamnese:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles/der Krankheit vom

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei mir in Behandlung.

Der (die) Patient(in) war zusätzlich vom

bis

in stationärer Behandlung.

Krankenhaus: _____

Entlassungsbefund bei stationärem Krankenhausaufenthalt: ja nein Wenn ja, Anzahl: _____ /Seiten: _____

Der (die) Patient(in) war 100 % berufsunfähig vom

bis

_____ % teilberufsunfähig vom

bis

Anamnese:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes