



Schadenmeldung  
Betriebsunterbrechungsversicherung  
für freiberuflich und selbstständig Tätige

Generali Versicherung AG  
Generaldirektion:  
Landskrongasse 1-3  
1010 Wien  
T +43 1 53401 0

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie es bei Betriebsunterbrechung durch Krankheit/Unfall Ihrem behandelnden Arzt vor. Senden Sie bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie bei Betriebsunterbrechung durch Krankheit/Unfall alle hierzu verfügbaren medizinischen Unterlagen per Post, Fax oder E-Mail möglichst bald an uns. Nur eine vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen sichert Ihren Anspruch. Leerzeilen, Striche und andere Zeichen genügen nicht und erschweren die Leistungsbearbeitung durch zusätzliche Rückfragen.

Bitte nur einen zutreffenden Betriebsunterbrechungsgrund ankreuzen

Betriebsunterbrechung in Folge von:

Krankheit/Unfall                       Sachschaden                       Sonstige Verhinderung

Bei Krankheit/Unfall bitte Seite 2 Ihrem behandelnden Arzt vorlegen!

Vollständige Betriebsunterbrechung von:                      bis:

Keine Betriebsunterbrechung, jedoch Mehrkosten durch Vertretung (Nachweis erforderlich):

Vertretung von:                      bis:                      Vertretungskosten: EUR

Teilweise Betriebsunterbrechung (z.B. Weiterführung des Betriebs durch Mitarbeiter, eigene Teilnahme):

von:                      bis:

Welche Tätigkeiten konnten nicht ausgeführt werden?

**Polizzen-Nr.:**

**Schaden-Nr. (falls vorhanden):**

**Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:**

Telefon (zwischen 8.00 u. 16.00 Uhr):

E-Mail:

**Name und Anschrift der versicherten Person:**

Geburtsdatum:

Selbstständig/freiberuflich tätig als:

**Bei Unfall – Unfallort (Ort, Straße):**

Unfallzeit (Datum, Uhrzeit):

aufnehmende Polizeidienststelle:

Genauere Beschreibung von **Ursachen und Hergang des Krankheitsverlaufes/Unfalles/Sachschadens oder sonstigen Verhinderungsgrundes:**

**Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Generali Versicherung AG die zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.**

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherter

Im Fall einer Betriebsunterbrechung durch Krankheit oder Unfall bitten wir Ihren behandelnden Arzt, die nachfolgenden Felder gewissenhaft auszufüllen. Diese Stellungnahme fließt in die Errechnung der Versicherungsleistung mit ein.

**WICHTIG!** Wir bitten Ihren behandelnden Arzt zu beachten, dass völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit dann vorliegt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Urteil in KEINER Weise ausübt, weder mitarbeitend noch leitend in ihrem Beruf tätig ist oder tätig sein kann. Wir leisten Ihrem behandelnden Arzt für diese Stellungnahme ein über dem zwischen der Ärztekammer und dem VVO vereinbarten Empfehlungssatz liegendes Honorar von EUR 35,-.

Genauere Angaben (**ärztliche Diagnosen**) zu der (den) die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit(en) bzw. Verletzung(en), bitte in **BLOCKSCHRIFT**:

**Beginn** der Krankheit/Schwangerschaft:

**Beginn der Arbeitsunfähigkeit** im obigen Sinn:

Voraussichtliches **Dauer/Ende** der Arbeitsunfähigkeit (ab wann kann der Versicherte voraussichtlich wieder mitarbeitend, aufsichtsführend oder leitend tätig sein):

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit dem jetzigen Leiden in Zusammenhang stehen könnten oder die dieses mit ausgelöst oder begünstigt haben? Wenn ja, welche:

Welche Behandlungen/Medikamente wurden verordnet?

Welche anderen behandelnden Ärzte und/oder Therapeuten sind Ihnen bekannt?

Wann haben Sie den (die) Patienten(-in) erstmals untersucht?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit teilweise eingeschränkt?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) zumindest zur Hälfte arbeitsfähig?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit vollständig eingeschränkt?

**Bei stationärer Behandlung:** Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

**Behandelnder Arzt:** Name, Anschrift:

Honorar ist zu überweisen an:

Kontonummer:

BLZ:

Bank:

Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift