

Schadenanzeige – P.U.V / K.A.V

Versicherungsnehmer: _____

Police Nummer: _____

Privatadresse: _____

Tel.-Nr. privat: _____

Mail: _____

Bankdaten (ohne IBAN und BIC ist keine Schadenzahlung möglich. Bitte bei Ihrer Bank erfragen!)

Bank: _____

IBAN: BIC:

1) Besteht bei einer anderen Gesellschaft eine Praxisunterbrechungsversicherung?

1a) Ja / Nein

1b) Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Policen-Nr. und Versicherungssumme

2) Allgemeine Frage zum Praxisstillstand

Dauer: von _____ bis (ev. voraussichtlich) _____

2a) Ich arbeite bereits seit _____ wieder.

WICHTIG: Informieren Sie uns bitte, wenn Sie wieder arbeiten gehen! Kurzer Anruf genügt.

3) Vertreter

3a) Wurde ein externer Vertreter bestellt? Ja / Nein

3b) Wann fand eine externe Vertretung statt? von _____ bis _____

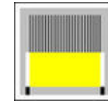
4) Befanden Sie sich bei Schadeneintritt im Urlaub?

Nein

Ja, am _____ hätte ich die Arbeit wieder Regulär aufgenommen.

5) Warum mussten Sie die Praxis schließen?

- Krankheit → weiter zu Frage 5
- Unfall → weiter zu Frage 5 und 6
- Quarantäne → bitte behördlichen Bescheid beibringen
- Sachschaden → bitte bei Frage 1 auch Sachunterbrechungsversicherung angeben



6) bei Krankheit und Unfall

6a) Welche Diagnose wurde gestellt?

6b) Erfolgte die Behandlung stationär? Ja, von _____ bis _____ / Nein

7) bei Unfall

7a) Wo ereignete sich der Unfall? _____

7b) Lag Fremdverschulden vor? Ja / Nein

Wenn Fremdverschulden: bitte ausführliche schriftliche Schadenschilderung mit Daten des Verursachers und des zuständigen Haftpflichtversicherers:

8) Akontozahlung / Teilzahlung

Bei zeitlich andauernder Betriebsunterbrechung kann alle 4 Wochen eine Teilzahlung an Sie vorgenommen werden. Dies jedoch nur dann, wenn der Leistungsfall anerkannt ist und alle für die Bearbeitung des Leistungsfalles benötigten Unterlagen dem Versicherer vorliegen.

Ich wünsche eine Akontozahlung

Mir reicht eine Gesamtzahlung am Ende des Krankenstandes

9) Abrechnungsschreiben

Ja, bitte senden Sie mir ein separates **Abrechnungsschreiben am ENDE des Leistungsfalls**

Folgende Nachweise werden für eine rasche Schadenabwicklung benötigt:

- bei Krankheit und Unfall: alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen **mit** ärztlicher Diagnose
 - bei ambulanten Operationen bitten wir um einen Operationsbericht
 - bei psychischen- und schweren Erkrankungen bitten wir zusätzlich um einen Therapieplan
- bei Krankenhausaufenthalt: Entlassungsbericht des Krankenhauses mit Aufnahme/Entlasszeit
- bei Medizinischer Rehabilitation: mehrseitigen Entlassungsbericht des Reha-Zentrums
- bei Quarantäne: behördlichen Bescheid
- bei Vertreter: Rechnung des Vertreters mit Angabe der Vertretungstage
- bei Sachschaden: Fotos des eingetretenen Schadens, Bestätigung des Handwerkers über die durchgeführten Arbeiten mit Datumsangabe, Beschreibung des eingetretenen Schadens

Die Nachweise senden Sie bitte an:

Dr. Rinner & Partner GmbH, Leonhardsweg 4, D-82008 Unterhaching, per Mail schaden@dr-rinner.de
oder an Michael-Walz-Gasse 18c, A-5020 Salzburg

Ich willige hiermit ein, dass Dr. Rinner & Partner GmbH Einsicht in meinen diesbezüglichen Schadenakt und in die Gesundheitsdaten gewährt wird.

Datum, Unterschrift

Einwilligungs- und Schweigepflichts-Entbindungs-Erklärung

Versicherungsnehmer: _____

Adresse: _____

Policen-Nummer: _____

Schaden-Nummer (falls bekannt): _____

Liste der Ärzte bzw. Krankenanstalten, bei denen ich behandelt wurde

Name	Anschrift	Dauer		stationär
		von	bis	ja/nein

Ich willige hiermit ein, dass die Donau Versicherung AG, Vienna Insurance Group, soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpraktikern, Osteopathen, Pflegepersonen, Krankenanstalten und Krankenhäusern sowie gesetzlichen und privaten Krankenkassen erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Praxen / Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einwilligung gilt ausschließlich für gegenständlichen Leistungsfall.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer