

# BU-Schadenmeldung

Berufsunfähigkeitsversicherung

<b>Versicherung:</b>	<b>Polizzenummer:</b>
----------------------	-----------------------

## Daten des Versicherungsnehmers

<b>Versicherungs- nehmer</b>	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____
	Beruf:	_____

## Schadenereignis

<b>Schadenzeitraum:</b>	_____
<b>Schadenort (inkl. Straße):</b>	_____
<b>Behördliche Aufnahme / Aktenzahl:</b>	_____
<b>Schadenssumme:</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

## Bei Unfall

<b>Schadensvorgang:</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

<b>Art der Verletzung:</b>	_____
----------------------------	-------

<b>Verschulden:</b>	_____
---------------------	-------

<b>Zeugen:</b>	_____
----------------	-------

<b>Bei Fremdverschulden:</b>	_____
------------------------------	-------

Name u. Adresse des Unfallgegners	_____
-----------------------------------	-------

<b>Haftpflichtversicherung des Gegners:</b>	_____
---	-------

Versicherung und Polizzenummer	_____
--------------------------------	-------

**Bei Krankheit:****Beginn:** \_\_\_\_\_**Ende:** \_\_\_\_\_**Diagnose:** \_\_\_\_\_**Trat die Krankheit zum ersten Mal auf?**  Ja  Nein

Wenn nein: Wann trat sie zum ersten Mal auf? \_\_\_\_\_

**Bisherige Behandlung:** \_\_\_\_\_**Bei Unfall und Krankheit auszufüllen:****Name u. Adresse des behandelnden Arztes:** \_\_\_\_\_**Sind bzw. waren Sie in Krankenhauspflege?**  Ja  Nein

Wenn ja: In welchem Krankenhaus? \_\_\_\_\_

**Waren Sie bei Eintritt des Unfalles/ der Krankheit vollkommen gesund:**  Ja  Nein**Besteht für den Versicherten bei einer anderen Versicherung eine BU-Vers.?**  Ja  Nein

Wenn ja: Angabe d. Versicherung u. Pol. Nr. \_\_\_\_\_

**Zahlung der Entschädigung****an**

Bank: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

- **Bei stationären Aufenthalt:** Krankenhausaufenthaltsbestätigung beilegen!
- **Bei Krankenstand zu Hause:** Bestätigung des behandelnden Arztes beilegen!

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fahrzeuglenker