

## Schadenanzeige – P.U.V / K.A.V

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-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 6

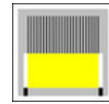
Unfall

→ weiter zu Frage 6 und 7

Quarantäne

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? \_\_\_\_\_

**Bitte Unfallhergang beschreiben:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Leistungsfallbesonderen 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**

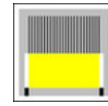
### **Folgende Nachweise werden für eine rasche Schadenabwicklung benötigt:**

- bei Krankheit und Unfall: alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen **mit** ärztlicher Diagnose
  - bei ambulanten Operationen bitten wir um einen Operationsbericht
  - bei psychischen- und schweren Erkrankungen bitten wir um einen Therapieplan
- bei Krankenhausaufenthalt: Entlassungsbericht des Krankenhauses
- bei Medizinischer Rehabilitation: mehrseitigen Entlassungsbericht des Reha-Zentrums
- bei Quarantäne: behördlichen Bescheid
- bei Vertretung: 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](mailto:schaden@dr-rinner.de)  
oder an Michael-Walz-Gasse 18c, A-5020 Salzburg

**(Möchten Sie Ihre Originale wieder zurückhaben, bitten wir Sie uns dies kurz mitzuteilen)**



## Einwilligung zur Datenverarbeitung

**Name:** \_\_\_\_\_

Um für Sie als **Versicherungsvermittler** tätig werden zu können, müssen wir Daten von Ihnen erfassen, speichern und an Dritte weitergeben. Dies tun wir beispielweise, wenn wir Ihre Risikosituation erfassen und diese Daten an verschiedene Versicherer weitergeben, um für Sie passende Angebote zu erhalten. Hierzu nutzen wir auch sogenannte Maklerdienstleister.

Oft ist es auch erforderlich, dass wir Ihre Daten von Dritten anfordern. In erster Linie sind dies Versicherer aber auch Daten von Steuerberatern, Banken oder Rechtsanwälten können beispielsweise erforderlich sein.

Im Rahmen der gegebenen Vollmacht werden wir auch den jeweiligen Datenschutzbestimmungen von Dritten in Ihrem Namen zustimmen. Gesundheitsdaten werden ausschließlich erhoben, soweit es für die Vermittlung von Sach-, Lebens-, Unfall- und Krankenversicherungen erforderlich ist. Dies betrifft in weiterer Folge auch die Bearbeitung von Leistungsfällen.

Sie können diese Einwilligung jeweils einzeln erteilen und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Beachten Sie bitte, dass wir dann gegebenenfalls nicht für Sie tätig sein können.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzrichtlinie und unserer Geschäftspartnerliste. Diese finden Sie unter folgendem Link: <https://www.dr-rinner.de/datenschutz.html>

### Einwilligungserklärung:

- ✓ Sie willigen hiermit ein, dass wir Daten von Ihnen erheben und von Dritten anfordern.
- ✓ Sie willigen hiermit ein, dass wir die erfassten und angeforderten Daten im erforderlichen Umfang speichern und verarbeiten.
- ✓ Sie willigen hiermit ein, dass wir Daten im erforderlichen Rahmen unserer Versicherungsberatung / Versicherungsvermittlung an Dritte weitergeben. Dritte sind hier beispielsweise Versicherer und Maklerdienstleister.
- ✓ Sie willigen hiermit ein, dass uns Einsicht in Ihren diesbezüglichen Schadenakt und in die Gesundheitsdaten gewährt wird.

### Recht auf Einschränkung und Löschung der gespeicherten Daten

Für die Erfüllung der mit Ihnen geschlossenen Beratung / Vermittlung von Versicherungsprodukten ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Wenn Sie soweit zulässig von Ihrem Recht auf Löschung der Daten Gebrauch machen oder auf die Einschränkung der Verarbeitung bestehen, endet regelmäßig die Beratung / Vermittlung / Betreuung von Versicherungsprodukten.

### Einwilligung zur Kontaktaufnahme / Werbung / Newsletter:

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich zu informativen / werblichen Zwecken telefonisch, elektronisch (z.B. E-Mail) oder schriftlich (z.B. Brief) kontaktiert werde. Diese Einwilligung gilt über das Vertragsverhältnis hinaus, kann jedoch von mir jederzeit telefonisch, elektronisch oder schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einwilligungs- und Schweigepflichts-Entbindungs-Erklärung

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-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**