

Schadenmeldung – P.U.V / K.A.V

Versicherungsnehmer: _____

Vertrags-Nummer: _____

Privatadresse: _____

Tel.-Nr. privat: _____

Mail: _____

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

IBAN:

1) Besteht bei einer anderen Gesellschaft eine Praxisunterbrechungsversicherung?

- 1a) Ja, Gesellschaft und Vertragsnummer: _____
 Nein

2) Allgemeine Frage zum Praxisstillstand

Dauer: von _____ bis _____

2a) Ich arbeite bereits seit _____ wieder.

3) Vertreter

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

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

4) Befanden Sie sich bei Schadeneintritt im Urlaub?

Nein

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

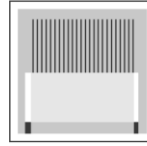
5) Warum mussten Sie die Praxis schließen?

- Krankheit → weiter zu Frage 6
 Unfall → weiter zu Frage 6 und 7
 Quarantäne → weiter zu Frage 8
 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) Beschreibung des Unfallhergangs:

7b) Gab es eine behördliche Aufnahme? Ja Nein

7c) Lag Fremdverschulden vor? Ja Nein

Wenn ja, Name Adresse des Schuldigen: _____

8) bei Quarantäne

8a) Wurde ihr Betrieb durch die Behörde geschlossen? Ja Nein

wenn ja von welcher Behörde _____

8b) Aus welchem Grund wurde Ihr Betrieb geschlossen? _____

8c) Liegt Ihnen ein Bescheid vor? Ja; bitte Bescheid einreichen Nein, weiter zu d)

8d) Falls kein Bescheid vorliegt, geben Sie uns bitte ausführlich Grund / Anlass bekannt und senden Sie uns Belege für die notwendige Schließung Ihrer Praxis?

8d) Wurde ihr Betrieb durch die Behörde geschlossen? Ja Nein

9) Akontozahlung / Teilzahlung

Bei zeitlich andauernder Betriebsunterbrechung kann unter Umständen alle 4 Wochen eine Teilzahlung an Sie vorgenommen werden.

Ich wünsche eine Teilzahlung

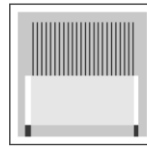
Mir reicht eine Gesamtzahlung am Ende des Krankenstandes

10) Endabrechnungsschreiben

Ja / Nein

11) Originalunterlagen

Bitte senden Sie mir alle Originalunterlagen retour.



Folgende Nachweise werden für eine rasche Schadenabwicklung benötigt:

- bei Krankheit und Unfall:
 - ✓ alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit ärztlicher Diagnose
 - ✓ ambulanter Operationsbericht
 - ✓ Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus
 - ✓ Bei langfristigen, psychischen und schweren Erkrankungen medizinische Berichte, Laborbefunde und Therapiepläne des behandelnden Arztes / Therapeuten

- bei Vertretung: Rechnung des Vertreters mit Angabe der Vertretungstage

- bei Verkehrsunfall: Führerscheinkopie

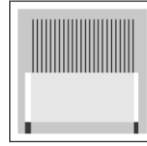
- bei behördlicher Aufnahme: Polizeiprotokoll

- bei Quarantäne:
 - ✓ behördlichen Bescheid
 - ✓ Belege für die Notwendigkeit der Praxisschließung

- bei Sachschaden:
 - ✓ Fotos des eingetretenen Schadens
 - ✓ Bestätigung des Handwerkers über die durchgeführten Arbeiten mit Datumsangabe
 - ✓ Beschreibung des eingetretenen Schadens

Ort, Datum

Unterschrift



Einwilligung 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. Auch für die ordentliche Bearbeitung von Leistungsfällen ist dies erforderlich.

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 Geschäftspartner-liste. 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

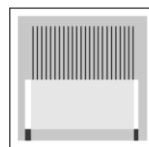
Für die Erfüllung der mit Ihnen geschlossenen Beratung / Vermittlung von Versicherungsprodukten ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Wenn Sie soweit zulässig von Ihrem Recht auf Löschung der Daten Gebrauch machen oder auf die Einschränkung der Verarbeitung bestehen,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

Einwilligung zur Kontaktaufnahme zu informativen Zwecken (wenn in Ordnung bitte ankreuzen):

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich zu informativen 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- / Schweigepflichts-Entbindungs-Erklärung

Versicherungsnehmer: _____

Vertrags-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

Offenlegung nach § 14 UGB: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Sitz: 1010 Wien, Schottenring 15, Tel. 050 330 DW
 Firmenbuch FN 32002 m beim Handelsgericht Wien DVR: 0016683
 Internet: <http://www.donauversicherung.at> E-Mail: donau@donauversicherung.at
 Konto: ERSTE BANK DER ÖSTERREICHISCHEN SPARKASSEN AG 40310041419,
 BLZ 20111, IBAN: AT29 2011 1403 1004 1419, SWIFT(BIC)CODE: GIBAATWW